

## ■ Arbeitsmaterialien für die pharmazeutischen Dienstleistungen

Erweiterte Einweisung in die korrekte Arzneimittelanwendung mit Üben der Inhalationstechnik

zum Verbleib in der Apotheke (Kopie für den Versicherten/die Versicherte)

### Vereinbarung über die pharmazeutische Dienstleistung (pDL) der „Erweiterten Einweisung in die korrekte Arzneimittelanwendung mit Üben der Inhalationstechnik“

Zur Inanspruchnahme der nachfolgend beschriebenen pDL wird zwischen dem/der Versicherten und der Apotheke eine Vereinbarung geschlossen. Der wesentliche Inhalt dieser Vereinbarung wird im Folgenden wiedergegeben<sup>1</sup>. Vertragsparteien sind:

#### Apotheke

Name und Anschrift:	<b>Salza-Apotheke</b> 06198 Salzatal OT Salzmünde • Johann-Gottfried-Boltze-Strasse 1
Apothekeninhaber/in	<b>Pauline Peinhardt e.Kfr.</b> Apothekerin

#### Versicherte(r)

Name und Anschrift:	
---------------------	--

Es erfolgt eine Einweisung in die Anwendung eines Inhalationsdevices mit einer praktischen Demonstration und anschließender Übung durch den/die Versicherte/n nach einem Standardprozess. Hierzu wird ein „Dummy-Arzneimittel“ bzw. Placebo vom Inhalatortyp des/der Versicherten verwendet, ggf. auch dessen eigenes Arzneimittel.

Der/die Versicherte bestätigt, dass bei ihm/ihr eine Neuverordnung eines Inhalationsgerätes (Devices) bzw. Geräte-/Devicewechsel vorliegt oder dass er/sie während der letzten 12 Monate keine Einweisung mit praktischer Übung in das von der Apotheke abgegebene Device erhalten hat und in kein DMP Asthma oder COPD eingeschrieben ist. Der/die Versicherte oder dessen gesetzliche/r Vertreter/in willigt in die Erbringung der pDL ein. Er/sie bindet sich zur Inanspruchnahme der pDL an die als Vertragspartner gewählte Apotheke. Er/sie sichert zu, die Erbringung der pDL aktiv zu unterstützen und der Apotheke alle für die Erbringung der pDL erforderlichen Angaben zu machen. Die Angaben des/der Versicherten oder dessen gesetzliche/r Vertreter/in und seine/ihre Bestätigung der Anspruchsvoraussetzungen, welche bei erstmaliger Erbringung durch Unterzeichnung dieser Vereinbarung und bei wiederholter Erbringung anlässlich der Quittierung erfolgt, sind Grundlage der Erbringung der pDL durch die Apotheke.

Der/die Versicherte oder dessen gesetzliche/r Vertreter/in kann die Inanspruchnahme der pDL ohne Angaben von Gründen mit sofortiger Wirkung schriftlich (per Post, Telefax, E-Mail)

<sup>1</sup> Die Langfassung der Vereinbarung ist zu finden unter [...]liegt zur Einsicht in der Apotheke aus. (Bitte ggf. durch Link zur Apothekenhomepage vervollständigen und Unzutreffendes streichen.)

kündigen. Bei einer Kündigung während der Erbringung der pDL kann diese grundsätzlich erst nach Ablauf von 12 Monaten nach Abbruch der Leistung bzw. bei Neuverordnung eines Inhalationsgerätes (Devices) bzw. Geräte-/Devicewechsel erneut in Anspruch genommen werden. Darüber hinaus besteht für beide Vertragsparteien das Recht zur außerordentlichen Kündigung. Der/die Versicherte oder dessen gesetzliche/r Vertreter/in bestätigt durch eine weitere Unterschrift den Erhalt der vollständig erbrachten pDL.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Versicherten/  
des/der gesetzlichen Vertreter/in

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Mitarbeitenden der Apotheke

zum Verbleib in der Apotheke

### **Quittierung des Erhalts**

Nachfolgend quittiere ich den Erhalt der pDL „Erweiterte Einweisung in die korrekte Arzneimittelanwendung mit Üben der Inhalationstechnik“:

---

Ort, Datum, Unterschrift des/der Versicherten

### **Bei erneuter Leistungserbringung: Bestätigung der Anspruchsberechtigung und Quittierung des Erhalts**

Ich bestätige, dass bei mir eine Neuverordnung eines Inhalationsgerätes (Devices) bzw. Geräte-/Devicewechsel vorliegt oder dass ich während der letzten 12 Monate keine Einweisung mit praktischer Übung in das von der Apotheke abgegebene Device in einer Arztpraxis oder Apotheke erhalten habe und nicht in das DMP Asthma oder COPD eingeschrieben bin.

Nachfolgend quittiere ich den Erhalt der pDL „Erweiterte Einweisung in die korrekte Arzneimittelanwendung mit Üben der Inhalationstechnik“:

---

Ort, Datum, Unterschrift des/der Versicherten