

Bewohnerinformation zur zentralen Arzneimittelversorgung

Name/Stempel der Einrichtung

Bewohnerinformation zur zentralen Arzneimittelversorgung

Sehr geehrte Bewohnerin, sehr geehrter Bewohner,

im Rahmen unserer Regelleistungen unterstützen wir Sie auf Wunsch bei der Beschaffung und ordnungsgemäßen Aufbewahrung Ihrer Arzneimittel und apothekenpflichtigen Medizinprodukte, wenn Sie sich nicht selbst mit diesen Mitteln aus einer Apotheke versorgen können oder wollen. Zu diesem Zweck haben wir mit der folgenden Apotheke einen behördlich genehmigten Heimversorgungsvertrag nach § 12a Apothekengesetz abgeschlossen:

Name/Stempel der heimversorgenden Apotheke

Die Apotheke ist auf die Versorgung pflegebedürftiger Patienten spezialisiert und hat sich vertraglich zur Sicherstellung der zentralen Versorgung unserer Bewohner mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten verpflichtet. Wenn Sie Ihre Teilnahme an der zentralen Versorgung erklären, werden wir Ihre ärztlichen Verschreibungen an die oben genannte Apotheke weiterleiten und die gelieferten Produkte für Sie entgegennehmen, Ihnen aushändigen oder verabreichen und soweit erforderlich für Sie aufbewahren.

Die Leistungen der heimversorgenden Apotheke für Sie umfassen die schnelle und zuverlässige Belieferung Ihrer ärztlichen Verschreibungen mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten und die Information und Beratung über die abgegebenen Produkte. Die Apotheke prüft Ihre Medikation auf arzneimittelbezogene Probleme, wie z. B. Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und fehlerhafte Doppelverschreibungen, und kontrolliert die ordnungsgemäße bewohnerbezogene Aufbewahrung durch die Einrichtung sowie die Aufbrauchfristen Ihrer Arzneimittel. Auf persönliche Bestellung versorgt die Apotheke Sie bei Bonität auch mit nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln und anderen apothekenüblichen Produkten. Ergeben sich Fragen zu Ihrer Arzneimitteltherapie, nimmt die Apotheke falls erforderlich Kontakt mit Ihnen, mit den Pflegefachkräften der Einrichtung oder mit den behandelnden Ärzten/Zahnärzten auf.

Zu den Leistungen der heimversorgenden Apotheke zählt auch die Herstellung von Arzneimitteln in der Apotheke. Zu Ihrer Versorgung kann es in speziellen Fällen erforderlich sein, dass die Apotheke einen behördlich zugelassenen Herstellungs- oder Untersuchungsbetrieb mit der patientenindividuellen Herstellung oder Anpassung von Arzneimitteln, Medizinprodukten oder anderen gesundheitsbezogenen Mitteln und Gegenständen oder der Durchführung von Untersuchungen beauftragt. Dabei kann es sich zum Beispiel um Mittel zur Allergiedesensibilisierung, parenterale Zubereitungen, Kompressionsstrümpfe oder um Laboruntersuchungen handeln. Die Verantwortung für die Qualität der im Auftrag der Apotheke hergestellten Arzneimittel sowie für die Information und Beratung des verschreibenden Arztes verbleibt bei der Apotheke.

Die Apotheke rechnet die gelieferten Produkte mit Ihrer Krankenkasse ab, wenn Sie gesetzlich versichert sind. Für die von Ihnen selbst zu tragenden Kosten, insbesondere für die gesetzliche Zuzahlung, für die trotz Befreiung von der gesetzlichen Zuzahlung anfallenden Eigenanteile sowie für die Kosten für Privatverschreibungen und persönliche Bestellungen, stellt die Apotheke Ihnen eine Monatsrechnung. Die Abrechnung erfolgt entweder durch Einzug von Ihrem Bankkonto aufgrund eines Lastschriftmandates oder über ein Bewohnerkonto bei der Einrichtung.

Wenn Sie an der zentralen Versorgung mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten teilnehmen möchten, unterzeichnen Sie bitte die umseitige Teilnahmeerklärung und die beigefügte Datenschutzerklärung.

Ihre Heimleitung

Erklärung zur Teilnahme an der zentralen Arzneimittelversorgung

.....
Name/Stempel der Einrichtung

.....
Name, Vorname, Geburtsdatum der Bewohnerin/des Bewohners

.....
Name, Adresse des gesetzlichen Vertreters

Erklärung zur Teilnahme an der zentralen Arzneimittelversorgung

Ich habe die umseitige Information zur zentralen Versorgung der Einrichtung mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten durch die unten genannte heimversorgende Apotheke zur Kenntnis genommen.

- Ich nehme an der zentralen Versorgung mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten durch die unten genannte Apotheke teil und beauftrage die Einrichtung, meine ärztlichen Verschreibungen und Privatbestellungen an diese Apotheke weiterzuleiten, die Mittel für mich entgegenzunehmen und soweit erforderlich für mich aufzubewahren. Die Apotheke erhält eine Ausfertigung dieser Teilnahmeerklärung.
- Ich Sorge selbst für die Beschaffung meiner Arzneimittel und apothekenpflichtigen Medizinprodukten aus einer öffentlichen Apotheke und die Übermittlung der ärztlichen Verschreibungen an diese Apotheke. An der zentralen Arzneimittelversorgung der Einrichtung nehme ich nicht teil.

Bei Teilnahme an der zentralen Versorgung gilt Folgendes:

Die zentrale Arzneimittelversorgung der Einrichtung wird durch die untenstehende Apotheke durchgeführt. Bei Fragen zu meinen Arzneimitteln und Medizinprodukten und zu weiteren Leistungen der Apotheke kann ich mich an folgende Ansprechpartner wenden:

Apothekenname:

Adresse:

Ansprechpartner:

Telefon/E-Mail:

Für die monatliche Abrechnung der von mir selbst zu tragenden Entgelte für Leistungen der heimversorgenden Apotheke (z. B. gesetzliche Zuzahlungen, Privatverschreibungen, Selbstmedikation, persönliche Bestellungen) wünsche ich folgende Zahlungsweise:

- Ich erteile der oben genannten Apotheke ein Lastschriftmandat zum direkten Einzug des Rechnungsbetrages für die von mir zu tragenden Kosten gemäß Monatsrechnung von meinem Bankkonto. Das Lastschriftmandat ist dieser Erklärung beigelegt.
- Ich erteile der oben genannten Einrichtung den Auftrag, den Rechnungsbetrag für die von mir zu tragenden Kosten gemäß Monatsrechnung der oben genannten Apotheke aus meinem Bewohnerkonto zu begleichen.

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass ich die vorstehenden Erklärungen jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen oder abändern kann.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Bewohners/des gesetzlichen Vertreters