

zum Verbleib in der Apotheke (Kopie für den Kunde/die Kundin)

## **Vereinbarung über die pharmazeutische Dienstleistung (pDL) „Pharmazeutische Betreuung von Organtransplantierten“**

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

### **Apotheke**

Fortuna-Apotheke Am Rasenplatz 7 56112 Lahnstein	Apothekeninhaberin: Rosmarie Bührmann-Müller e.K. Fachapothekerin für Offizinpharmazie
--	--

### **Kunde/Kundin**

Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Anschrift:	
IK der GKV:	
Versichertennummer:	
Telefon: (freiwillige Angabe)	
E-Mail: (freiwillige Angabe)	

Die Dienstleistung beinhaltet insbesondere die umfassende Erhebung der Gesamtmedikation unter Berücksichtigung der Besonderheiten der immunsuppressiven Therapie nach Organtransplantationen sowie darauf aufbauend die pharmazeutische Risikoüberprüfung. Hierdurch sollen mögliche Probleme wie Doppelmedikationen, Interaktionen und Anwendungsproblemen erkannt werden. Bei Problemen werden zur Optimierung der Arzneimitteltherapie Vorschläge entwickelt. Diese werden ggf. mit der Ärztin/dem Arzt und mit dem Kunden/der Kundin besprochen und Lösungen vereinbart. Der Kunde/die Kundin erhält einen aktuellen und risikogepriüften Medikationsplan. Das Folgegespräch dient dazu, weitere Fragen und mögliche Probleme mit der neuen immunsuppressiven Therapie gemeinsam mit der/dem Apotheker\*in zu besprechen.

Der Kunde/die Kundin befindet sich in ambulanter Versorgung und hat erstmalig innerhalb der letzten sechs Monate mit einer immunsuppressiven Therapie nach Organtransplantation ambulant begonnen oder die Therapie hat sich aufgrund einer Neuverordnung eines Immunsuppressivums nach Organtransplantation geändert. Der Kunde/die Kundin willigt in die Erbringung der pDL ein und bindet sich zur Inanspruchnahme an die als Vertragspartner gewählte Apotheke.

Nach jeder Neuverordnung eines Immunsuppressivums nach Organtransplantation kann der Kunde/die Kundin diese pDL erneut in der Apotheke in Anspruch nehmen.

Der Kunde/die Kundin sichert zu, die Erbringung der pDL aktiv zu unterstützen und der Apotheke alle dazu erforderlichen Angaben zu machen, insbesondere hinsichtlich der Medikation, der Erkrankungen sowie ggf. relevanter Laborwerte zum Beispiel aus aktuellen Arzt- und Entlassbriefen.

Die Angaben des Kunden/der Kundin 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.

<sup>1</sup> Die Langfassung der Vereinbarung ist zu finden auf der Website der Fortuna-Apotheke unter [www.fortuna-apotheke-lahnstein.de](http://www.fortuna-apotheke-lahnstein.de).

Diese Vereinbarung für die Ausführung einer pharmazeutischen Dienstleistung stellt sogleich die wesentliche Rechtsgrundlage für die Erhebung, Verarbeitung und Speicherung der dafür benötigten personenbezogenen Daten des Kunden/der Kundin dar; der Kunde/die Kundin oder dessen gesetzliche/r Vertreter/in gibt der Apotheke hiermit als Anspruchsvoraussetzung die ausdrückliche Zustimmung, zur Erbringung aller pharmazeutischer Dienstleistungen im Rahmen dieser Vereinbarung sowie zu deren über ein Apothekenrechenzentrum erfolgende Abrechnung die folgenden personenbezogenen Daten (incl. Gesundheitsdaten) des Kunden/der Kundin gemäß der in den Geschäftsräumen der Apotheke ausgelegten und auf der Website der Apotheke publizierten „Datenschutzerklärung für Geschäftspartner“ zu erheben, zu verarbeiten und zu speichern: Personendaten (Vor- und Nachname, Geschlecht, Adresse, ggf. Telefonnummer, ggf. E-Mail-Adresse, Geburtsdatum, Krankenversicherung mit Versicherungsnummer, ggf. Kontakt-daten des/der gesetzlichen Vertreters/in, ggf. behandelnde Ärzte/Ärztinnen), Gesamtmedikation unter Abgleich der der Apotheke dazu vorliegenden Informationen sowie diesbezüglicher Angaben der Person unter Einbezug der für die Medikation relevanten Indikationen, notwendige Aufzeichnungen und Dokumentationen zur Erbringung der pharmazeutischen Dienstleistung und Lösung arzneimittelbezogener Probleme, ggf. - sofern der Kunde/die Kundin zugestimmt hat – Ergebnisse einer ärztlichen Rücksprache. Der „Datenschutzerklärung für Geschäftspartner“ der Apotheke sind auch weitere datenschutzrechtliche Regelungen bezüglich Weitergabe, Speicherung und Löschung dieser Daten, der ergänzenden Rechtsgrundlagen für deren Verarbeitung sowie den verschiedenen damit verbundenen Rechten des Kunden/der Kundin zu entnehmen, darunter auch zu den Rechten, die Erlaubnis zur Verarbeitung dieser Daten jederzeit für die Zukunft zu widerrufen sowie auf Verlangen von der Apotheke Auskunft zu deren Speicherung zu erhalten.

Ich bin zudem damit einverstanden, dass die Apotheke meine Kontaktdaten dazu verwendet, mich über weitere Möglichkeiten der Inanspruchnahme pharmazeutischer Dienstleistungen zu informieren (z.B. über die erneute Erbringung dieser pDL nach Ablauf von 12 Monaten). Ich kann diese Einwilligung gegenüber der Apotheke jederzeit widerrufen.

Der Kunde/die Kundin oder dessen gesetzliche/r Vertreter/in kann die Inanspruchnahme der pDL ohne Angaben von Gründen mit sofortiger Wirkung schriftlich (per Post, Telefax, E-Mail) kündigen. Bei einer Kündigung während der Erbringung der pDL kann diese erst wieder bei einer Änderung der Therapie aufgrund der Neuverordnung eines Immunsuppressivums erneut in Anspruch genommen werden. Darüber hinaus besteht für beide Vertragsparteien das Recht zur außerordentlichen Kündigung. Der Kunde/die Kundin bestätigt durch eine weitere Unterschrift den Erhalt der vollständig erbrachten pDL.

Lahnstein, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kunden/der Kundin

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

Anstelle des Kunden/der Kundin kann auch dessen/deren gesetzlicher Vertreter diese Vereinbarung abschließen; dies ist bei der Unterschrift zu vermerken. Unterzeichnet bei minderjährigen Kindern dabei ein Elternteil allein, so sichert dieses zugleich mit der Unterschrift ausdrücklich zu, dass die Einwilligung des anderen Sorgeberechtigten ebenfalls vorliegt.

Nachfolgend quittiere ich den Erhalt der „Erweiterten Medikationsberatung“ bei immunsuppressiver Therapie:

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift des Kunden/der Kundin (bzw. des gesetzlichen Vertreters/der gesetzlichen Vertreterin)

Nachfolgend quittiere ich den Erhalt des semistrukturierten Folgegesprächs im Rahmen der pDL „Pharmazeutische Betreuung von Organtransplantierten“:

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift des Kunden/der Kundin (bzw. des gesetzlichen Vertreters/der gesetzlichen Vertreterin)