

Teilnahme am Apothekenprogramm

Inhalt

4 Dokumente und 4 Unterschriften (Lesezeit und Dauer des Ausfüllens: 10-15 min)

1. Vollmacht für Ärztin / Arzt (1 Unterschrift)
2. Erklärung zur freien Apothekenwahl (Ankreuzen und 1 Unterschrift)
3. Schweigepflichtentbindung (Ankreuzen und 1 Unterschrift)
4. Lieferauftrag (1 Unterschrift)

Erläuterungen

Bei neurologischen Erkrankungen kann die Nutzung einer spezialisierten Apotheke vorteilhaft sein. Im Ambulanzpartner Versorgungsnetzwerk sind seit 2012 verschiedene Apotheken tätig, die folgenden Merkmale aufweisen:

- Herstellung von speziellen Rezepturen neurologischer Medikamente
- gesonderte Erreichbarkeit (per Telefon oder barrierefreie Kommunikationswege) für Patienten im Ambulanzpartner Versorgungsnetzwerk
- Apothekenpersonal mit besonderer Expertise bei neurologischen Medikamenten, insbesondere bei sogenannter „Off-label“-Anwendung (Begriff für den Einsatz von Medikamenten außerhalb der ursprünglichen Anwendungsgebietes)
- Erinnerung an „zur Neige gehende“ Medikation (auf Wunsch des Patienten)
- digitale Vernetzung mit Ambulanzen über das Ambulanzpartner-Portal
- Rezeptanforderung des Apothekers bei Ambulanzen (auf Wunsch des Patienten)
- Teilnahme an medizinischer Forschung der Registerstudie

Die meisten Patienten möchten ihre „angestammte“ Vor-Ort-Apotheke weiter behalten. Dieses Anliegen kann selbstverständlich berücksichtigt werden. In einer typischen Situation wird von der Apotheke im Versorgungsnetzwerk die spezielle Medikation versorgt, während die sonstigen Medikamente weiterhin über die wohnortnahe Apotheke bereitgestellt werden.

Die Medikamentenversorgung unterliegt strengen Regularien. Daher ist die Unterzeichnung von verschiedenen Dokumenten und Formularen notwendig, die im Folgenden erläutert werden:


Vollmacht für Ärztin/Arzt: mit diesem Dokument autorisieren Sie die Ärzte in der Ambulanz, die Medikamentenrezepte an die Apotheke zu versenden.

Erklärung zur freien Apothekenwahl: mit diesem Dokument bestätigen Sie, dass Sie Kenntnis darüber haben, aus verschiedenen Möglichkeiten der Apothekenversorgung auswählen (Wahlfreiheit).

Schweigepflichtentbindung: Apotheken unterliegen wie auch Ärzte der Schweigepflicht. Mit diesem Dokument autorisieren Sie die Apotheken, die für die Medikamentenversorgung notwendigen Informationen auf dem Ambulanzpartner Versorgungsportal zu dokumentieren und für Koordinatoren sichtbar zu machen.

Lieferauftrag: mit diesem Dokument autorisieren Sie die Apotheken, einen Botendienst oder einen Logistikdienstleister die Medikamente zu Ihnen nach Hause zu senden.

Erklärung zur freien Apothekenwahl

 Anrede: Frau Herr Titel _____

Vorname _____

Nachname _____

Geburtsdatum ____ / ____ / ____

Ich möchte an der Versorgungskoordination und digitalen Erfassung meiner Medikamentenversorgung durch die Ambulanzpartner Soziotechnologie APST GmbH (nachfolgend „APST“ genannt) teilnehmen. Die Teilnahme setzt folgende freiwillig abgegebene Erklärung voraus. Ich bin über das mir zustehende Recht auf freie Apothekenwahl informiert und wähle in Kenntnis dessen, eine der folgenden Optionen:

Option 1

- Ich beauftrage die APST, eine für meine Medikation geeignete Kooperationsapotheker zu kontaktieren und dem Apotheker versorgungsrelevante Daten über das Ambulanzpartner Versorgungsportal zur Verfügung zu stellen.

oder

Option 2

- Ich beauftrage die APST, eine von mir namentlich genannte Kooperationsapotheker zu kontaktieren und dem Apotheker versorgungsrelevante Daten über das Ambulanzpartner Versorgungsportal zur Verfügung zu stellen.

Name der Kooperationsapotheker: _____

oder

Option 3

- Ich beauftrage die APST, eine von mir namentlich genannte Apotheke außerhalb des Ambulanzpartner Versorgungsnetzwerkes zu kontaktieren (ohne Bereitstellung versorgungsrelevanter Daten über das Ambulanzpartner Versorgungsportal),

Name der Apotheke: _____

oder

Option 4

- Ich werde eine Apotheke selbst aufsuchen (ohne Versorgungskoordination und ohne Nutzung des Ambulanzpartner Versorgungsportals).

 Ort, Datum _____ Unterschrift  _____

Vollmacht

Betreff: Übersendung von Rezepten durch den Arzt/die Ärztin

Hiermit beauftrage ich

Anrede: Frau Herr Titel _____

Vorname _____

Nachname _____

Geburtsdatum ____ / ____ / ____

Adresse:

Straße, Hausnr. _____

Ort _____

PLZ _____

meinen Arzt/meine Ärztin

Titel des Arztes/
der Ärztin _____

Name des Arztes/
der Ärztin _____

Name der Klinik/
Ambulanz: _____

die für meine Medikamente ausgestellten Rezepte an eine von mir bestimmte Apotheke zu übermitteln.
Mir ist bekannt, dass die Abrechnung etwaiger Rezeptgebühren oder eines Selbstbehalts direkt zwischen
der Apotheke und mir erfolgt.

Ort, Datum _____

Unterschrift  _____