

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 Kooperationsapothek e 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 Kooperationsapothek e zu kontaktieren und dem Apotheker versorgungsrelevante Daten über das Ambulanzpartner Versorgungsportal zur Verfügung zu stellen.

Name der Kooperationsapothek e: _____

oder

Option 3

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

Name der Apothek e: _____

oder

Option 4

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

 Ort, Datum _____ Unterschrift  _____

Lieferauftrag



Anrede:	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr	Titel _____
Vorname	_____		
Nachname	_____		
Geburtsdatum	____ / ____ / _____		

- Ich möchte an der Versorgungskoordination und digitalen Erfassung meiner Medikamentenversorgung durch die Ambulanzpartner Soziotechnologie APST teilnehmen (nachfolgend „APST“ genannt). Im Rahmen der Versorgungskoordination besteht die Möglichkeit, Medikamente per Boten oder im Wege des Versandhandels nach Hause oder in eine Arztpraxis zu liefern, in der das Medikament verabreicht wird (z. B. Injektions- oder Infusionstherapie).
- Ich habe mich für die Möglichkeit einer Lieferung durch die Apotheke oder ein von der Apotheke beauftragtes Logistikunternehmen zur Lieferung per Boten oder im Wege des Versandhandels entschieden. Die Lieferung der Medikation an den Ort meiner Wahl (z. B. nach Hause) setzt folgenden freiwillig abgegebenen Lieferauftrag voraus. Die kooperierende Apotheke im Ambulanzpartner Versorgungsnetzwerk liefert die ärztlich verordneten Medikamente an den vereinbarten Ort (direkt nach Hause oder in eine Arztpraxis oder eine andere medizinische Einrichtung).


Hiermit beauftrage ich die kooperierende Apotheke im Ambulanzpartner Versorgungsnetzwerk, mir meine Medikamente zu liefern. Die Lieferung erfolgt durch Mitarbeiter der Apotheke oder durch ein von der Apotheke beauftragtes Logistikunternehmen zur Lieferung per Boten oder im Wege des Versandhandels.

Dieser Liefervertrag ist meinerseits jederzeit mit sofortiger Wirkung kündbar. Darüber hinaus bestehen keine weiteren Verpflichtungen.



Ort, Datum _____	Unterschrift  _____
------------------	--

Schweigepflichtentbindung

 Anrede: Frau Herr Titel _____

Vorname _____





Nachname _____

Geburtsdatum ____ / ____ / ____

An einen Arzt oder Apotheker stellt der Gesetzgeber besonders hohe Anforderungen im Hinblick auf die Wahrung der Verschwiegenheit. Apotheker und Apothekenpersonal sind zur Verschwiegenheit über sämtliche Informationen verpflichtet, die ihnen in Ausübung des Berufs bekannt geworden sind. In Deutschland hat der Gesetzgeber die Verschwiegenheitspflicht in verschiedenen gesetzlichen (§203 Abs. 1StGB) und berufsrechtlichen Festlegungen geregelt.

In der direkten oder telefonischen Beratung eines Apothekers mit einem Patienten können Informationen entstehen, die für eine Dokumentation auf dem Internetportal Ambulanzpartner Versorgungsportal (APVP), betrieben durch die Ambulanzpartner Soziotechnologie APST GmbH, für eine verbesserte Versorgung oder zum Zwecke der Versorgungsforschung von Nutzen sind. Zur digitalen Dokumentation auf dem APVP ist dazu eine gezielte Entbindung von der Schweigepflicht des Apothekers gegenüber denjenigen Personen notwendig, die ebenfalls Zugriff auf die Internetplattform haben. Die Schweigepflichtentbindung ist auf diejenigen medizinischen Partner (Ärzte), Versorgungspartner (Hilfsmittelversorger, Therapeuten) und Koordinatoren begrenzt, die mit der Versorgung des Patienten beauftragt wurden und alle Personen, deren Zugriff auf das APVP durch den Patienten autorisiert wurden (z.B. Angehörige).

Die folgenden Informationen sollen von der Schweigepflicht des Apothekers entbunden und zur Dokumentation auf der geschützten Internetplattform APVP wahlweise gestattet werden (Zutreffendes ankreuzen):

-  Änderungen der Medikation, die von Patienten vorgenommen werden einschließlich Dosisänderung und Beendigung der Medikamenteneinnahme (Aktualisierung des Medikationsplans)
-  Zusätzliche Medikation, die von Apotheken außerhalb des Ambulanzpartner Versorgungsnetzwerkes bezogen wird (Interaktionsprüfung)
-  Hinweise zu Wirkungen oder Nebenwirkungen von Medikamenten (Unterstützung von Arzneimitteltherapiesicherheit und Versorgungsforschung)
-  Organisatorische Informationen, die für die Medikamentenversorgung unterstützend sind (Medikamentenlogistik insbesondere Angaben zur Lieferung eines Medikamentes nach Hause, in eine Arztpraxis oder in eine Ambulanz)

Diese Entbindung von der Schweigepflicht erfolgt freiwillig und kann von mir jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

 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  _____