Ambulanzpartner.
Soziotechnologie

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

Name der Kooperationsapotheke:

oder

Option 3

☐ Ich beauftrage die APST, eine von mir namentlich genannte Apotheke außerhalb des Ambulanzpartner Versorgungsnetzwerkes zu kontakieren (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 _____

Ambulanzpartner.
Soziotechnologie

Lieferauftrag

Anrede: ☐ Frau ☐ 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 _____

Ambulanzpartner.
Soziotechnologie

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 verplichtet, 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 Arztpaxis 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 _____