Arbeitsmaterialien für die pharmazeutischen Dienstleistungen

**Standardisierte Risikoerfassung hoher Blutdruck**

* **Kurzfassung der Vereinbarung zwischen Apotheke und Versichertem/er über die Inanspruchnahme der Dienstleistung**

Stand der Revision: 31.01.2024

**Hinweise zur Nutzung der Vereinbarung**

Zur Inanspruchnahme der nachfolgend beschriebenen pharmazeutischen Dienstleistung (pDL) wird zwischen dem/der Versicherten und der Apotheke eine Vereinbarung geschlossen. Hierfür kann diese Kurz- oder die Langfassung verwendet werden. Wird diese Kurzversion verwendet, ist in der Fußzeile ein Hinweis zu ergänzen, wo die Langfassung der Vereinbarung zu finden ist. Diese kann zum Beispiel in der Apotheke ausgelegt oder auf der apothekeneigenen Homepage zur Verfügung gestellt werden. Die hier aufgeführte Kurzfassung gibt die wesentlichen Inhalte der Langfassung wieder.

Neben der Unterzeichnung der Vereinbarung ist der Erhalt der erbrachten Dienstleistung durch den Versicherten/die Versicherte auf dieser Vereinbarung zu quittieren. Da sich die/der Versicherte bezüglich dieser pDL an die Vertragsapotheke bindet, reicht bei erneuter Erbringung dieser pDL eine weitere Quittierung des Erhalts und die Bestätigung der Anspruchsvoraussetzungen. Diese ist zusammen mit der Vereinbarung aufzubewahren.

Die Vereinbarung ist mit den Daten der Apotheke zu ergänzen und sollte an die individuellen Gegebenheiten in der Apotheke angepasst werden.

 zum Verbleib in der Apotheke (Kopie für den Versicherten/die Versicherte)

**Vereinbarung über die pharmazeutische Dienstleistung (pDL) der „Standardisierte Risikoerfassung hoher Blutdruck“**

Zur Inanspruchnahme der nachfolgend beschriebenen pDL wird zwischen dem/der Versicherten und der Apotheke eine Vereinbarung geschlossen. Der wesentliche Inhalt dieser Vereinbarung wird im Folgenden wiedergegeben**[[1]](#footnote-1)**. Vertragsparteien sind:

 **Apotheke** **Versicherte(r)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name und Anschrift |  | Name, VornameAnschrift |  |
| Apothekeninhaber/in |  | Telefonnummer(optional) |  |

|  |
| --- |
| **Abrechnungsdaten** (optional, sofern noch nicht vorhanden) |
| Geburtsdatum Versicherte(r) |  | Kostenträgerkennung (IK) |  |
| Krankenkasse |  | Versichertennummer |  |

Es wird eine standardisierte Dreifach-Messung bei Versicherten mit diagnostiziertem Bluthochdruck durchgeführt. In Abhängigkeit von dem Mittelwert aus der 2. und 3. Messung erhält der/die Versicherte eine konkrete Empfehlung zu Maßnahmen. Bei Werten oberhalb definierter Grenzwerte, erhält der/die Versicherte die Empfehlung zur zeitnahen weiteren Abklärung durch eine/n Arzt/Ärztin.

Der/die Versicherte bestätigt, dass bei ihm/ihr ärztlich festgestellter Bluthochdruck vorliegt und dass die blutdrucksenkende Arzneimitteltherapie seit mindestens 2 Wochen unverändert ist. Darüber hinaus bestätigt der/die Versicherte, dass während der letzten 12 Monate keine Blutdruckmessung in einer öffentlichen Apotheke durchgeführt wurde bzw. eine Änderung der blutdrucksenkenden Medikation im Rahmen einer Neuverordnung vorliegt. Der/die Versicherte willigt in die Erbringung der pDL ein. Er/sie bindet sich zur Inanspruchnahme der pDL an die als Vertragspartner gewählte Apotheke. Der/die Versicherte sichert zu, die Erbringung der pDL aktiv zu unterstützen und der Apotheke alle dazu erforderlichen Angaben zu machen, insbesondere hinsichtlich des Zeitpunktes der Diagnosestellung, der Medikation und weiteren Begleiterkrankungen sowie ausgewählten Risikofaktoren gemäß dem Informationsbogen Blutdruck (bei bestehendem Bluthochdruck). Die Angaben des/der Versicherten 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.

Der/die Versicherte 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 nach Ablauf von 12 Monaten nach Abbruch der Leistung bzw. bei Änderung der blutdrucksenkenden Medikation ab 2 Wochen nach Einlösung einer Neuverordnung erneut in Anspruch genommen werden. Darüber hinaus besteht für beide Vertragsparteien das Recht zur außerordentlichen Kündigung. Der/die Versicherte bestätigt durch eine weitere Unterschrift den Erhalt der vollständig erbrachten pDL.

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

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Ort, Datum |  |
|  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Unterschrift des/der Versicherten/des/der gesetzlichen Vertreter/in | Unterschrift des Mitarbeitenden der Apotheke |

 zum Verbleib in der Apotheke (Kopie für den Versicherten/die Versicherte)

****

**Quittierung des Erhalts**

Nachfolgend quittiere ich den Erhalt der pDL „Standardisierte Risikofassung hoher Blutdruck“:

Ort, Datum, Unterschrift des/der Versicherten/ des/der gesetzlichen Vertreter/in

**Bei erneuter Leistungserbringung: Bestätigung der Anspruchsberechtigung und Quittierung des Erhalts**

Ich bestätige, dass bei mir ein ärztlich festgestellter Bluthochdruck vorliegt und dass die blutdrucksenkende Arzneimitteltherapie seit mindestens 2 Wochen unverändert ist. Darüber hinaus bestätige ich, dass während der letzten 12 Monate keine Blutdruckmessung in einer öffentlichen Apotheke durchgeführt wurde bzw. eine Änderung der blutdrucksenkenden Medikation im Rahmen einer Neuverordnung vorliegt.

Nachfolgend quittiere ich den Erhalt der pDL „Standardisierte Risikofassung hoher Blutdruck“:

Ort, Datum, Unterschrift des/der Versicherten/ des/der gesetzlichen Vertreter/in

1. Die *Langfassung der Vereinbarung* *ist zu finden unter [….]/liegt zur Einsicht in der Apotheke aus.*

***(Bitte ggf. durch Link zur Apothekenhomepage vervollständigen und Unzutreffendes streichen.)*** [↑](#footnote-ref-1)