



Apotheke am Markt
THALE



Schwan-Apotheke
HECKLINGEN

Regulatorische Anforderungen

„Nach § 12a Apothekengesetz (ApoG) ist der Apotheker (Betriebserlaubnisinhaber) verpflichtet, bei der Versorgung der Bewohner von Heimen mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten im Sinne von § 1 Heimgesetz mit dem Heimträger einen behördlich zu genehmigenden Vertrag zu schließen. Ziel ist die weitere Verbesserung der Versorgung der Heimbewohner mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten.

Voraussetzung für die Genehmigungsfähigkeit des Vertrages ist:

- die räumliche Nähe (Regionalprinzip) der Apotheke zum Heim, um die Versorgung der Heimbewohner auch im Akutfall sicherstellen zu können
- die Gewährleistung der ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung der Heimbewohner, insbesondere hinsichtlich Art und Umfang der Versorgung, des Zugangsrechts zum Heim und der Überprüfung der ordnungsgemäßen bewohnerbezogenen Aufbewahrung der gelieferten Arzneimittel durch pharmazeutisches Personal der Apotheke sowie die Dokumentation dieser Versorgung
- die Festlegung der Pflichten des Apothekers zur Information und Beratung der Heimbewohner und des für die Verabreichung oder Anwendung der gelieferten Arzneimittel Verantwortlichen, soweit dies zur Sicherheit der Heimbewohner oder der Beschäftigten des Heims erforderlich ist
- dass der Vertrag keine Einschränkung der freien Apothekenwahl der Heimbewohner enthält und
- dass der Vertrag keine Ausschließlichkeitsbindung zugunsten einer Apotheke enthält und die klare Abgrenzung

Apotheke am Markt Thale
Tel.: 03947 / 26 37 • www.apotheke-thale.com

Schwan Apotheke Hecklingen
Tel.: 03925 / 28 42 58 • www.apotheke-hecklingen.com



Quelle:

www.abda.de/Heimversorgung.pdf

Auftrag zur Übernahme der Medikamentenversorgung

Hiermit erteile ich dem Heim

(Name und Anschrift des Heimes und des Wohnbereiches)

den Auftrag, für mich

(Name, Vorname, Geburtsdatum des Bewohners*)

folgende Leistungen hinsichtlich der Versorgung mit Medikamenten im Rahmen der Regelleistungen des Heimes (ohne Berechnung zusätzlicher Gebühren) zu übernehmen (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- | | | | |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| ➤ Beschaffung der Medikamente | <input type="checkbox"/> | ➤ Richten der Dosis | <input type="checkbox"/> |
| ➤ Aufbewahrung der Medikamente | <input type="checkbox"/> | ➤ Verabreichen der Medikamente | <input type="checkbox"/> |

Für folgende Medikamente bzw. Indikationen wird die Medikamentenverwaltung unabhängig von dem o.g. Auftrag durch den Bewohner* selbst sichergestellt:

Die Beschaffung der Medikamente erfolgt bei folgender Apotheke:

(Name und Anschrift der Apotheke bzw. Apotheken)

Mit dieser Apotheke/diesen Apotheken hat das o.a. Heim den gem. § 12a Apothekengesetz (ApoG) vorgeschriebenen Versorgungsvertrag abgeschlossen.

Die Apotheke erstellt für die anfallenden Kosten einmal im Monat eine Rechnung. Die Bezahlung erfolgt

- | | |
|--|--------------------------|
| ➤ über das Barbetragkonto, das bei der Heimverwaltung geführt wird | <input type="checkbox"/> |
| ➤ durch Überweisung mit Rechnungsstellung an | <input type="checkbox"/> |

(Name, Anschrift und Telefonnummer des Rechnungsempfängers)

Ich bin bei der

(Angabe der Krankenkasse und Versicherungsnummer)

versichert und von der Zuzahlung nicht befreit.

Mit den umseitig abgedruckten datenschutzrechtlichen Bestimmungen erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden. Dieser Auftrag kann jederzeit widerrufen werden.

Ort und Datum

Unterschrift (ztr. bitte ankreuzen)

des Bewohners
des bestellten Betreuers
des schr. Bevollmächtigten

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Datenschutzrechtliche Bestimmungen zum Auftrag zur Übernahme der Medikamentenversorgung

Die

Name und Anschrift der Apotheke bzw. Apotheken

speichert alle Daten, die sich aus den eingelösten Rezepten und diesem Auftrag zur Übernahme der Medikamentenversorgung ergeben in der Apotheken-EDV und leitet diese Daten an die Rezeptabrechnungsstelle (NARZ e.V.) weiter.

Die Daten können für folgende Zwecke ausgewertet werden:

- 1 Zur Erstellung der monatlichen Abrechnung.
- 2 Zur Quittierung von Eigenleistungen gegenüber der Kostenträger oder dem Finanzamt (Zuzahlungsquittungen).
- 3 Für Rezeptrecherchen, um Rückfragen Ihrerseits, des Pflegepersonals, des Arztes* oder der Krankenkasse beantworten zu können.
- 4 Um Sie im Falle von Rückrufaktionen umgehend informieren zu können.
- 5 Zur pharmazeutischen Beratung z.B.
 - 5.1 über Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und Unverträglichkeiten
 - 5.2 durch Erstellung einer Medikamentenliste
 - 5.3 durch Auswertung von Indikationsgebieten wie Diabetiker, Asthmatiker, Rheumatiker etc.
- 6 Zum Informationsservice zu neuen Arzneimitteln und Therapien.
- 7 Zur Verwaltung von Kundengruppen, wie z.B. alle Bewohner eines Pflegeheimes.

Die Daten werden in automatisierter Form edv-technisch sowohl in der Apotheke als auch im Rechenzentrum zu den obengenannten Zwecken gespeichert und verarbeitet.
Der oben beschriebenen Speicherung und Verwendung meiner Daten stimme ich zu.
Die Zustimmung kann jederzeit widerrufen werden.

Arzneimittelschulung

Name des Heimes:

Thema:

Referent:

Datum, Uhrzeit, Ort:

Zielgruppe: Pflegepersonal

Teilnahmebestätigung

Frau / Herr _____

hat heute an der oben genannten Schulung teilgenommen.

Unterschrift des Referenten

Name des Heimes, Datum



Arzneimittelschulung

Name des Heimes:

Thema:

Referent:

Datum, Uhrzeit, Ort:

Zielgruppe: Pflegepersonal

Teilnehmerliste

Name (Druckschrift)	Unterschrift



Protokoll über die Vernichtung von Betäubungsmitteln

Pflegeheim:

Apotheke:

Vernichtungsprotokoll

Station	Arzneimittel

Ort und Datum:

Apotheker

Wohnbereichsleitung

weiterer Mitarbeiter Apotheke oder Wohnbereich

