



40 Jahre im Dienste Ihrer Gesundheit

**KASTELL-APOTHEKE**

Dr. Sebastian Barzen



Kastellstr. 1 – Heidenrod-Laufenselden – Tel.: 06120-8786

## **Vereinbarung über die pharmazeutische Dienstleistung (pDL) der „Erweiterten Einweisung in die korrekte Arzneimittelanwendung mit Üben der Inhalationstechnik“**

Zur Inanspruchnahme der nachfolgend beschriebenen pDL wird zwischen dem Versicherten und der Kastell-Apotheke eine Vereinbarung geschlossen.

*Name des Versicherten:*

*Versichertennummer:*

*Krankenkasse:*

*Anschrift:*

Es erfolgt eine Einweisung in die Anwendung eines Inhalationsgerätes mit einer praktischen Demonstration und anschließender Übung durch den Versicherten nach einem Standardprozess. Hierzu wird sofern verfügbar ein „Dummy-Arzneimittel“ bzw. Placebo vom Inhalatortyp des Versicherten verwendet, ggf. auch dessen eigenes Arzneimittel.

Der Versicherte bestätigt, dass bei ihm eine Neuverordnung eines Inhalationsgerätes bzw. Gerätewechsel vorliegt oder dass er während der letzten 12 Monate keine Einweisung mit praktischer Übung in das von der Apotheke abgegebene Gerät erhalten hat und in kein DMP Asthma oder COPD eingeschrieben ist. Der Versicherte oder dessen gesetzlicher Vertreter willigt in die Erbringung dieser pDL ein. Er bindet sich zur Inanspruchnahme der pDL an die Kastell-Apotheke und sichert zu, die Erbringung der pDL aktiv zu unterstützen und der Apotheke alle für die Erbringung der pDL erforderlichen Angaben zu machen. Die Angaben des Versicherten oder dessen gesetzlichen Vertreters und seine Bestätigung der Anspruchsvoraussetzungen, welche bei jeder Erbringung durch Unterzeichnung dieser Vereinbarung erfolgt, sind Grundlage der Erbringung der pDL durch die Kastell-Apotheke.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Versicherter / gesetzl. Vertreter

\_\_\_\_\_  
Mitarbeiter Kastell-Apotheke

### **Quittierung des Erhalts**

Nachfolgend quittiere ich den Erhalt der pDL „Erweiterte Einweisung in die korrekte Arzneimittelanwendung mit Üben der Inhalationstechnik“:

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Versicherter / gesetzl. Vertreter