Erklärung über Versorgung mit Arzneimitteln & apothekenpflichtigen Medizinprodukten

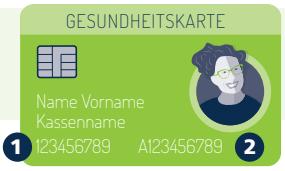
V4

Patientendaten:

Vorname: _____ Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Heimat-Adresse: _____



Name der Krankenkasse: _____

1 Krankenkassennummer: _____ 2 Versichertennummer: _____

Versorgungsform: ◯ **Privat** ☐ **Pflegedienst** ◯ **Pflegeheim** ➘

Einrichtungsname (sofern zutreffend): _____

Wohnbereich/Station Bewohner*in: _____ ☐ Kurzzeitpflege ☐ Dauerpflege/Vollstationär

Hausarzt-Praxis: _____ Ort der Praxis: _____

Lieferung von Arzneimitteln/ärztlichen Anordnungen/Barkäufen, die nicht durch die Krankenkasse übernommen werden:

☐ Ja. Die Adler-Apotheke liefert diese und gewährt automatisch 20% Rabatt auf nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel.

☐ Nein. Ich kümmere mich selbst um diese Versorgung.

Befreiungsnachweis: Bitte beachten! Wenn der Befreiungsnachweis nicht bildlich der Apotheke vorgelegt wird, muss die Zuzahlung berechnet werden. Der Nachweis kann auch direkt durch die Angehörigen/Betreuer gesendet werden. Fax: 06544-23040, E-Mail: verblisterung@adler-apotheke.info, WhatsApp: 06544 230

Die Monatsrechnung geht an (bitte zutreffendes ankreuzen):

☐ Betreuer*in ☐ Taschengeldkonto ☐ Patient*in selbst ➔ wenn ja, bitte wählen: ☐ Heimat-Adresse ☐ Pflegeheim-Adresse

☐ Sonstiges ➔ wenn ja, bitte folgende Angaben ausfüllen: ➘

Vorname: _____ Nachname: _____

Beziehung zum Patienten: _____ Geburtsdatum: _____ Telefon: _____

Anschrift: _____

Rechnung soll per: ☐ **E-Mail** (**Achtung:** Ausschließlicher Versand von Rechnungen **ohne Rezeptkopien** & keine Haftungsübernahme für Datenverluste. Erklärung S.2)

☐ sicheres **Online-Postfach** „Fodox" (Erklärung siehe S.2) ☐ **Post** (0,95 € pro Monat) **zugestellt werden**

E-Mail-Adresse (erforderlich, sofern Zustellung per Mail oder „Fodox" erfolgen soll): _____

Betreuer (rechtlich bestellt) - Betreuerausweis bitte unbedingt beilegen:

Vorname: _____ Nachname: _____

Beziehung zum Patienten: _____ Geburtsdatum: _____ Telefon: _____

Anschrift: _____

Zahlungsmethode: ☐ SEPA-Lastschrift ☐ Taschengeldkonto (nur für Heimkund:innen)

Ich/Wir ermächtige(n) die Adler-Apotheke, Hauptstraße 21, 55624 Rhaunen (Gläubiger-ID: DE15100000000281096), Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels SEPA-Basislastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der Adler-Apotheke auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich/Wir kann/können innerhalb von 8 Wochen ab Belastungsdatum die Erstattung verlangen. Es gelten die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ohne SEPA-Lastschrift oder Taschengeldkonto können wir Sie nicht versorgen!

Für SEPA-Lastschrift ausfüllen:

Kreditinstitut / Name Ihrer Bank _____

BIC _____ IBAN D E _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _

Kontoinhaber / Zahlungspflichtiger (Name & Adresse) _____

Datum / Ort **Unterschrift Zahlungspflichtige*r**

WICHTIG! Ohne Unterschrift können wir Sie nicht versorgen.

Nicht Zutreffendes bitte streichen. Mit meiner Unterschrift stimme ich zu:

☒ Datenschutzbedingungen (S.2/3) ☒ Versorgungsauftrag mit Arzneimitteln (S.2)

Kostenlose Zusatzleistungen (S.4/5): ☒ Medikations-Check ☒ Blutdruckmessung ☒ Inhalatorcheck

Datum / Ort **Unterschrift Patient*in bzw. Betreuer*in**

Unterschrift notwendig!

Ausgefülltes Formular (Seite 1) bitte umgehend an unsere Apotheke senden!

Per Fax: 06544-23040, E-Mail: verblisterung@adler-apotheke.info oder als WhatsApp an 06544 230
Gerne können Sie auch unser Kommunikationsportal nutzen: www.verblisterungsservice.de/kommunikation/

Vereinbarung zur Versorgung mit Arzneimitteln & apothekenpflichtigen Medizinprodukten

Versorgungsauftrag mit Arzneimitteln durch die Apotheke

Durch erteilen des Versorgungsauftrages mit Arzneimitteln beauftrage ich die Adler-Apotheke Rhaunen mir meine Medikamente (gemäß ärztlicher Verordnung bzw. frei- und apothekenpflichtige Medikamente) zu liefern. Falls es mir oder einer von mir beauftragten Person nicht möglich ist, die Verordnung einzulösen, kann auch eine beauftragte Person die Verordnung einlösen. Meine versorgenden Ärzte dürfen Rezepte auch direkt an die Adler-Apotheke Rhaunen weiterleiten.
Mir ist bekannt, dass ich das freie Wahlrecht meiner versorgenden Apotheke habe und diese Vereinbarung jederzeit widerrufen kann. Privatkund*innen werden für den Service Blistergebühren nach aktuellem Tarif in Rechnung gestellt.

Stellen/Verblisterung der Arzneimittel durch die Apotheke

Die Adler-Apotheke Rhaunen stellt/verblistert meine Arzneimittel. Für diesen Zweck wird die Apotheke Daten und Angaben zu meiner Medikation erfassen. Sofern eine Rücksprache mit meinen behandelnden Ärzten / Ärztinnen aufgrund möglicher arzneimittelbezogener Probleme nötig ist, bin ich damit einverstanden, dass die Apotheke mit diesen Kontakt aufnimmt.

Weiterhin beauftrage ich die Apotheke unter Wahrung meines Eigentums an meinen Medikamenten, die ich zu diesem Zweck überlasse, daraus die erforderlichen Tages- oder Wochendosen nach Maßgabe der ärztlichen Verordnung vorzubereiten, zusammenzustellen und in geeigneten Verteilsystemen an mich privat oder im Falle einer Versorgung durch ein Pflegeheim oder einen Pflegedienst dem verantwortlichen Pflegepersonal zur Weitergabe an mich auszuhändigen. Ich habe jederzeit Zugriff auf meine Medikamente und kann diese unverzüglich anfordern.

Die Apotheke darf in meinem Namen für die Verblisterung benötigte Rezepte beim Arzt anfordern und vorbestellte Rezepte abholen. Ich behalte mir vor, diesen Auftrag jederzeit und ohne Einhaltung der Frist zu widerrufen.

Aufhebung des Kontrahierungszwangs

Wenn die Apotheke keine Rezepte erhält oder Rechnungen nicht beglichen werden, darf sie die Versorgung nach Rücksprache mit mir bzw., sofern zutreffend, meiner Einrichtung beenden. In diesem Fall besteht durch meine Zustimmung kein Kontrahierungszwang.

Datenschutz zur Versorgung mit Arzneimitteln & apothekenpflichtigen Medizinprodukten

Besondere Zustimmung

- ✓ Sofern eine Rücksprache mit meinen behandelnden Ärzt*innen aufgrund möglicher arzneimittelbezogener Probleme notwendig ist, bin ich damit einverstanden, dass mein Apotheker/meine Apothekerin mit diesen Kontakt aufnimmt.
- ✓ Die Apotheke darf in meinem Namen benötigte Rezepte bei meinem Arzt anfordern und vorbestellte Rezepte in der Arztpraxis abholen.Ich erteile auch die Erlaubnis, dass mein behandelnder Arzt im Bedarfsfall ein ausgestelltes Rezept direkt an die Adler-Apotheke Rhaunen weitergeben darf.
- ✓ Meine ärztlichen Verordnungen bzw. meine Selbstmedikation darf auch von meinen Familienangehörigen und beauftragen Drittpersonen eingelöst & entgegengenommen werden. Familienangehörige dürfen meine Medikationsdaten erfahren.

Rechnungszustellung

Per Mail: Bei E-Mail-Zustellung erhalten Sie ausschließlich Rechnungen. Rezeptkopien und weitere Dokumente können nicht per E-Mail übermittelt werden. E-Mail ist unverschlüsselt; die Apotheke haftet nicht für Datenverluste auf dem Übermittlungsweg.

Sicheres Online Postfach Fodox: Auf Wunsch richten wir Ihnen kostenfrei ein persönliches Postfach ein. Auf diesem Weg können wir alle Dokumente übermitteln. Sie erhalten individuelle Zugangsdaten (Benutzername und Passwort), womit Sie sich unter postbox.d-velop.de/login anmelden können.

Datenschutz zur Versorgung mit Arzneimitteln & apothekenpflichtigen Medizinprodukten

Ich erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden, dass die

Adler-Apotheke · Inhaber Johannes Jaenicke e.K. Hauptstraße 21 · 55624 Rhaunen

Sowie - sofern zutreffend - folgende Partnerapotheke(n):

Rosen-Apotheke Stromberg · Staatsstraße 6 · 55442 Stromberg

Einhorn Apotheke Mülheim · Hauptstraße 51 · 54486 Mülheim an der Mosel

Hirsch-Apotheke · Trierer Str. 27 · 54411 Hermeskeil

Meine Daten:

Vorname Name, Geburtsdatum, Straße, PLZ/Ort, Telefon, E-Mail, Krankenkasse, Versichertennummer, Befreiungsvermerk, Zuständige Ärzte, Medikation und Dosierung, Unverträglichkeiten und Allergien sowie optional: Patientenbild

Für folgende Zwecke erheben, nutzen und weiterverarbeiten darf:

- ✓ Prüfung auf Verträglichkeit der Arzneimittel, Wechselwirkungen mit Präparaten, die ich bereits früher erhalten habe
- ✓ Auskunft über meine persönlichen Arzneimittel, z.B. wenn ich die Bezeichnung einmal vergessen haben sollte
- ✓ Erstellung von Medikationsplänen und Medikamentenbereitstellungen (z.B. Verblisterung – optional mit Patientenbild) mit tagesgenauen Dosierungen
- ✓ Jahresliste mit Medikamenten und geleisteten Zuzahlungen zum Nachweis gegenüber der Krankenkasse oder dem Finanzamt
- ✓ Automatische Berücksichtigung von Zuzahlungsbefreiungen: Der Apotheke wird die Ermittlung des Zuzahlungsbefreiungsstatus bei der Krankenkasse erlaubt
- ✓ Personalisierte Kassen-Bons & Kopien von Privatrezepten
- ✓ Lieferservice nicht vorrätiger Arzneimittel
- ✓ Gratulation zu besonderen Anlässen, Informationen zu unseren besonderen Aktionen, Serviceleistungen, Veranstaltungen sowie persönliche Einladungen zu Informationsveranstaltungen unserer Apotheke
- ✓ Monatliche Zusammenstellung der Rechnungen und Rezepte für den Druck bzw. den digitalen Versand sowie Bereitstellung des digitalen Zugangs zur Postbox: Dazu nutzen wir den Service der d.velop AG, Schildarpstraße 6-8, 48712 Gescher, die die Daten vertraulich behandeln wird
- ✓ Verwaltung der pharmazeutischen Dienstleistungen: Dazu nutzen wir den Service von apodienste, Am Kartoffelgarten 14, 81671 München, die die Daten vertraulich behandeln wird
- ✓ Rezeptdigitalisierung und Rezeptzuordnung zur Rechnung: Dazu nutzen wir den Service von Business-forms – automatisierte Formulardatenverarbeitung GmbH, Stiftstraße 2, 66740 Saarlouis, die die Daten vertraulich behandeln wird
- ✓ Einholung von evtl. notwendigen Genehmigungen bei meiner Krankenkasse. Dazu nutzt die Apotheke die Dienste der LAV-Clearingstelle, GVA GmbH, Offenbach, die die Daten vertraulich behandeln wird

Ich bin darüber informiert, dass ich jederzeit Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten verlangen kann. Darüber hinaus habe ich das Recht auf Mitnahme dieser Daten sowie Rechte auf Berichtigung, Einschränkung der Verarbeitung und Löschung dieser Daten. Bei Löschanfragen muss meine Apotheke jedoch die gesetzlich geltenden Aufbewahrungsfristen beachten. Ansprechpartner für meine gespeicherten Daten ist der Apothekerinhaber.

Meine Einwilligung ist freiwillig. Sie ist jederzeit schriftlich bei dem oben genannten Ansprechpartner mit Wirkung für die Zukunft widerrufbar. Wenn ich nicht einwillige oder meine Einwilligung widerrufe, entstehen für mich keine Nachteile, außer dass einige der o.g. Serviceleistungen nicht mehr in vollem Umfang erbracht werden können.

Darüber hinaus habe ich das Recht, mich bei der zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde zu beschweren, wenn ich der Meinung bin, dass meine personenbezogenen Daten nicht richtig verarbeitet werden. Im Falle eines Inhaberwechsels der Apotheke erteile ich hiermit die Erlaubnis, dass meine persönlichen Daten weitergenutzt werden dürfen.

Inanspruchnahme pharmazeutischer Dienstleistungen

Zur Inanspruchnahme der nachfolgend beschriebenen pDLs wird zwischen der versicherten Person und der Apotheke jeweils eine Vereinbarung geschlossen. Der wesentliche Inhalt dieser Vereinbarungen wird im Folgenden wiedergegeben. Vertragsparteien sind:
Adler-Apotheke · Hauptstraße 21 · 55624 Rhaunen · Inhaber Johannes Jaenicke e.K.
sowie der Versicherungsnehmer.

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

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.
Link zur Vertrags-Vollversion:
https://verblisterungsservice.de/wp-content/uploads/2026/08/pDL_Blutdruck_Vereinbarung.pdf

Ich bestätige...

- ✓ dass bei mir ärztlich festgestellter Bluthochdruck vorliegt und dass die blutdrucksenkende Arzneimitteltherapie seit mindestens 2 Wochen unverändert ist.
- ✓ 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.

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

Es erfolgt eine Einweisung in die Anwendung eines Inhalationsdevices mit einer praktischen Demonstration und Übung durch den/die Versicherte/n nach einem Standardprozess. Hierzu wird ein „Dummy-Arzneimittel“ bzw. Placebo vom Inhalatortyp des/der Versicherten verwendet, ggf. auch dessen eigenes Arzneimittel. Link zur Vertrags-Vollversion:
https://verblisterungsservice.de/wp-content/uploads/2026/08/pDL_Inhalativa_Vereinbarung.pdf

Ich bestätige...

- ✓ dass bei mir eine Neuverordnung eines Inhalationsgerätes (Devices) bzw. Geräte-/Devicewechsel vorliegt oder dass ich während der letzten 12 Monate keine Einweisung mit praktischer Übung in das von der Apotheke abgegebene Device erhalten hat und in kein DMP Asthma oder COPD eingeschrieben ist.

Vereinbarung über die pharmazeutische Dienstleistung (pDL) „Erweiterte Medikationsberatung bei Polymedikation“

Die Dienstleistung beinhaltet insbesondere die umfassende Erhebung der Gesamtmedikation sowie darauf aufbauend die pharmazeutische Risikoüberprüfung. Hierdurch sollen mögliche Probleme wie Doppelmedikationen, Wechselwirkungen und Anwendungsprobleme erkannt werden. Bei Problemen werden zur Optimierung der Arzneimitteltherapie Vorschläge entwickelt. Diese werden ggf. mit dem Arzt/der Ärztin und mit dem/der Versicherten besprochen und Lösungen vereinbart. Der/die Versicherte erhält anschließend einen aktuellen und risikogeprüften Medikationsplan.
Link zur Vertrags-Vollversion:
https://verblisterungsservice.de/wp-content/uploads/2026/08/Polymedikation.pdf

Ich bestätige...

- ✓ dass ich oder mein(e) Angehörige(r) aktuell und voraussichtlich auch über die nächsten 28 Tage mindestens 5 Arzneimittel (verschiedene, ärztlich verordnete, systemisch wirkende Arzneimittel/Inhalativa) in der Dauermedikation einnehme bzw. anwende.
- ✓ dass bei mir oder meinen Angehörigen während der letzten 12 Monate keine „Erweiterte Medikationsberatung bei Polypharmazie“ durchgeführt wurde bzw. dass bei meiner Medikation erhebliche Umstellungen vorgenommen wurden (definiert als mindestens drei neue/andere systemisch wirkende Arzneimittel/Inhalativa innerhalb von vier Wochen als Dauermedikation).

Fax: 06544-23040
E-Mail: verblisterung@adler-apotheke.info
WhatsApp: 06544 230
Kommunikationsportal:
www.verblisterungsservice.de/kommunikation/

Bitte senden Sie uns das ausgefüllte Formular (S.1)

Datenschutz pDL „Erweiterte Medikationsberatung bei Polymedikation“

Der/die Versicherte ist damit einverstanden, dass die Apotheker*innen der Adler-Apotheke Rhaunen sowie unser Partner apodienste zur Erfassung, Bewertung und Lösung arzneimittelbezogener Probleme (ABP) Rücksprache mit dem/der Hausarzt/-ärztin hält/halten und den aktualisierten Medikationsplan bzw. die Medikationsübersicht und ggf. weitere relevante Informationen (z. B. mögliche Interventionen/-Vorschläge) an die Hausarztpraxis schriftlich übermittelt.

Die Apotheker*innen sowie der/die behandelnde Arzt/Ärztin werden im vorgenannten Umfang von ihrer Schweigepflicht gemäß § 203Absatz 1 Ziffer 1 StGB entbunden.

Allgemeine Bestimmungen und Kündigung pharmazeutischer Dienstleistungen

Der/die Versicherte oder deren gesetzliche/r Vertreter/in willigt in die Erbringung der pDL ein. Er/sie bindet sich zur Inanspruchnahme der pDL an die als Vertragspartner gewählte Apotheke. Er/sie sichert zu, die Erbringung der pDL aktiv zu unterstützen und der Apotheke alle für die Erbringung der pDL erforderlichen Angaben zu machen.

Der/die Versicherte oder deren gesetzliche/r Vertreter/in kann die Inanspruchnahme der pDL ohne Angabe von Gründen mit sofortiger Wirkung schriftlich (per Post, Telefax, E-Mail) kündigen. Bei einer Kündigung während der Erbringung der pDL kann...

...die pDL „Erweiterte Medikationsberatung bei Polymedikation“ grundsätzlich erst nach Ablauf von 12 Monaten nach Abbruch der Leistung bzw. bei erheblichen Umstellungen (definiert als mindestens 3 neue/andere systemisch wirkende Arzneimittel/Inhalativa innerhalb von 4 Wochen als Dauermedikation) erneut in Anspruch genommen werden.

...die pDL „Erweiterte Einweisung in die korrekte Arzneimittelanwendung mit Üben der Inhalationstechnik“ grundsätzlich erst nach Ablauf von 12 Monaten nach Abbruch der Leistung bzw. bei Neuverordnung eines Inhalationsgerätes (Devices) bzw. Geräte-/Device-Wechsel erneut in Anspruch genommen werden.

...die pDL „Standardisierte Risikoerfassung hoher Blutdruck“ 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.

ADLER APOTHEKE
Meine Arznei - sicher im Blick!