**Erklärung des Bewohners über die Versorgung mit Medikamenten (Anl. 1 zum Heimversorgungsvertrag)**

Ihre persönlichen Daten:

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Krankenkasse befreit: Ja ( ) Nein ( )

Hausarzt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

falls ja ... befreit bis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hausarzt-Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

vollständig: Ja ( ) Nein ( )

ggf. Ansprechpartner zu Hause/Betreuer:

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hiermit beauftrage ich die \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Apotheke, mir meine Medikamente gemäß ärztlicher Verordnung bzw. freie und apothekenpflichtige Medikamente auf Anfrage zu liefern.

Falls es mir oder einer von mir beauftragten Person nicht möglich ist, die Verordnung persönlich einzulösen, kann auch die Pflegeeinrichtung bzw. eine von mir oder von dort beauftragte Person die Verordnung einlösen und für mich verbindliche Bestellungen zur Belieferung durch die Apotheke aufgeben.

In Zweifelsfällen oder im Falle von Unverträglichkeiten oder Wechselwirkungen ist die Apotheke berechtigt und verpflichtet, unmittelbar Kontakt zu meinem Arzt/ meiner Ärztin aufzunehmen, um die Verordnung mit ihm/ihr abzustimmen. Für solche Zwecke der Abstimmung meiner medikamentösen Behandlung zwischen Arzt und Apotheke entbinde ich meinen Arzt/ meine Ärztin von seiner/ ihrer Schweigepflicht.

Hiermit beauftrage ich die \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Apotheke mit der Wahrung meines Eigentums an meinen Medikamenten, die ich der Apotheke zu diesem Zweck überlasse, daraus die erforderlichen Tages- oder Wochendosen nach Maßgabe der ärztlichen Verordnung vorzubereiten, zusammenzustellen und in dokumentenecht verschlossenen Vorratsgefäßen/ Blistern, dem verantwortlichen Pflegepersonal zur Weitergabe an mich auszuhändigen. Ich habe jederzeit Zugriff auf meine Medikamente und kann diese immer unverzüglich anfordern.

Ich bin damit einverstanden, dass verfallene Arzneimittel sowie nicht mehr benötigte Anbrüche zeitnah ordnungsgemäß unmittelbar durch die Apotheke entsorgt werden.

Freies Wahlrecht betreffend Arzt und Apotheke

Mir ist bekannt, dass ich als Patient stets das freie Wahlrecht hinsichtlich meiner versorgenden Apotheke habe und ich diese Vereinbarung bzw. diesen Auftrag jederzeit und ohne Einhaltung einer Frist widerrufen kann. Gleiches gilt im Übrigen bei der Wahl der mich behandelnden Ärzte.

Verantwortungsreichweite des Apothekers / der Apothekerin

Mir ist klar, dass die Apotheke nur die verordnungsgemäße Zusammenstellung der für mich bestimmten Medikamente und deren rechtzeitige Anlieferung in dokumentenecht verschlossenen Gefäßen/ Blistern in die Pflegeeinrichtung verantwortlich ist. Für die Verabreichung und Einnahme der Medikamente bleibt es bei meiner eigenen Verantwortlichkeit und der der mich betreuenden Pflegeeinrichtung.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Unterschrift Bewohner/in ggf. Unterschrift Betreuer/in

**Erklärung des Apothekers**

Ich nehme die vorstehende Beauftragung an.

Ich übernehme dem Auftraggeber gegenüber die ausschließliche und alleinige Verantwortung für die zeitgerechte und der ärztlichen Verordnung/Rezeptierung entsprechende Dosierung und Zusammenstellung ihrer/seiner Tagesmedikation aus den mir übergebenen Medikamenten. Insoweit stelle ich den Heimträger bzw. das Pflegepersonal von jeder Haftung frei, bis der jeweilige Blister geöffnet wird.

Für die bestmögliche Versorgung durch die \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Apotheke werden wir Ihre Daten und Medikamente speichern. Die persönlichen Daten und Medikamente des Bewohners/ der Bewohnerin werden nur in der Apotheke und ausschließlich im Rahmen der medikamentösen Versorgung verwendet; eine Weitergabe personenbezogener Daten an Dritte ist ausgeschlossen.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Unterschrift Apotheker