

zum Verbleib in der Apotheke (Kopie für den Kunde/die Kundin)

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

Zur Inanspruchnahme der nachfolgend beschriebenen pDL wird zwischen dem Kunden/der Kundin und der Apotheke eine Vereinbarung<sup>1</sup> geschlossen. Der wesentliche Inhalt dieser Vereinbarung wird im Folgenden wiedergegeben. Vertragsparteien sind:

**Apotheke**

Victoria-Apotheke Adolfstr. 35 56112 Lahnstein	Apothekeninhaberin: Rosmarie Bührmann-Müller e.K. Fachapothekerin für Offizinpharmazie
--	--

**Kunde/Kundin**

Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Anschrift:	
IK der GKV:	
Versichertennummer:	
Telefon: (freiwillige Angabe)	
E-Mail: (freiwillige Angabe)	

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

Der Kunde/die Kundin bestätigt, dass bei ihm/ihr ärztlich festgestellter Bluthochdruck vorliegt und dass die blutdrucksenkende Arzneimitteltherapie seit mindestens 2 Wochen unverändert ist. Darüber hinaus bestätigt der Kunde/die Kundin, 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 Kunde/die Kundin oder dessen gesetzliche/r Vertreter/in willigt in die Erbringung der pDL ein und bindet sich zur Inanspruchnahme der pDL für an die als Vertragspartner gewählte Apotheke.

Nach jeder Änderung der Blutdruck-Medikation kann der Kunde/die Kundin diese pDL erneut in der Apotheke in Anspruch nehmen. so bald nach der Medikationsänderung 2 Wochen verstrichen sind.

Der Kunde/die Kundin sichert zu, die Erbringung der pDL aktiv zu unterstützen und der Apotheke alle dazu erforderlichen Angaben zu machen, insbesondere hinsichtlich dem Zeitpunkt der Diagnosestellung, der Medikation und weiteren Begleiterkrankungen sowie ausgewählten Risikofaktoren gemäß dem Informationsbogen Blutdruck (bei bestehendem Bluthochdruck). Die Angaben des Kunden/der Kundin 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.

<sup>1</sup> Die Langfassung der Vereinbarung ist zu finden auf der Website der Victoria-Apotheke unter [www.victoria-apotheke-lahnstein.de](http://www.victoria-apotheke-lahnstein.de).

Diese Vereinbarung für die Ausführung einer pharmazeutischen Dienstleistung stellt sogleich die wesentliche Rechtsgrundlage für die Erhebung, Verarbeitung und Speicherung der dafür benötigten personenbezogenen Daten des Kunden/der Kundin dar; der Kunde/die Kundin oder dessen gesetzliche/r Vertreter/in gibt der Apotheke hiermit als Anspruchsvoraussetzung die ausdrückliche Zustimmung, zur Erbringung aller pharmazeutischer Dienstleistungen im Rahmen dieser Vereinbarung sowie zu deren über ein Apothekenrechenzentrum erfolgende Abrechnung die folgenden personenbezogenen Daten (incl. Gesundheitsdaten) des Kunden/der Kundin gemäß der in den Geschäftsräumen der Apotheke ausgelegten und auf der Website der Apotheke publizierten „Datenschutzerklärung für Geschäftspartner“ zu erheben, zu verarbeiten und zu speichern: Personendaten (Vor- und Nachname, Geschlecht, Adresse, ggf. Telefonnummer, ggf. E-Mail-Adresse, Geburtsdatum, Krankenversicherung mit Versicherungsnummer, ggf. Kontaktdaten des/der gesetzlichen Vertreters/in, behandelnde Ärzte), Gesamtmedikation unter Abgleich der der Apotheke dazu vorliegenden Informationen sowie diesbezüglicher Angaben der Person unter Einbezug der für die Medikation relevanten Indikationen, notwendige Aufzeichnungen und Dokumentationen zur Erbringung der pharmazeutischen Dienstleistung und Lösung arzneimittelbezogener Probleme, ggf. - sofern der Kunde/die Kundin zugestimmt hat - Ergebnisse einer ärztlichen Rücksprache. Der „Datenschutzerklärung für Geschäftspartner“ der Apotheke sind auch weitere datenschutzrechtliche Regelungen bezüglich Weitergabe, Speicherung und Löschung dieser Daten, der ergänzenden Rechtsgrundlagen für deren Verarbeitung sowie den verschiedenen damit verbundenen Rechten des Kunden/der Kundin zu entnehmen, darunter auch zu den Rechten, die Erlaubnis zur Verarbeitung dieser Daten für die Zukunft zu widerrufen sowie auf Verlangen von der Apotheke Auskunft zu deren Speicherung zu erhalten. Ich kann diese Einwilligung gegenüber der Apotheke jederzeit widerrufen.

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

Der Kunde/die Kundin oder dessen gesetzliche/r Vertreter/in 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 Kunde/die Kundin bestätigt durch eine weitere Unterschrift den Erhalt der vollständig erbrachten pDL.

Lahnstein, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kunden/der Kundin

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Mitarbeitenden der Apotheke

Anstelle des Kunden/der Kundin kann auch dessen/deren gesetzlicher Vertreter/in diese Vereinbarung abschließen; dies ist bei der Unterschrift zu vermerken. Unterzeichnet bei minderjährigen Kindern dabei ein Elternteil allein, so sichert dieses zugleich mit der Unterschrift ausdrücklich zu, dass die Einwilligung des anderen Sorgeberechtigten ebenfalls vorliegt.

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

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift des Kunden/der Kundin (bzw. des gesetzlichen Vertreters/der gesetzlichen Vertreterin)