



APOTHEKERIN ELDRID MÄCKELER E.K.
DETMOLDER STR. 43 · 32545 BAD OEYNHAUSEN
TEL.: (05731) 9 23 35 · FAX: (05731) 94 03 21
WWW.SUED-APOTHEKE.EU

Zum Verbleib in der Apotheke (auf Wunsch: Kopie für den Versicherten/die Versicherte)

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

Zur Inanspruchnahme der nachfolgend beschriebenen pDL wird zwischen dem/der Versicherten und der Apotheke eine Vereinbarung geschlossen. Der wesentliche Inhalt dieser Vereinbarung wird im Folgenden wiedergegeben¹. Vertragsparteien sind:

Apotheke

Name und Anschrift:	Süd-Apotheke Detmolder Straße 43 32545 Bad Oeynhausen
Apothekeninhaber/in	Apothekerin Eldrid Mäckeler e.K.

Versicherte(r)

Name und Anschrift:	
---------------------	--

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.

Der/die Versicherte bestätigt, dass bei ihm/ihr ärztlich festgestellter Bluthochdruck vorliegt und dass die blutdrucksenkende Arzneimitteltherapie seit mindestens 2 Wochen unverändert ist. Darüber hinaus bestätigt der/die Versicherte, 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/die Versicherte willigt in die Erbringung der pDL ein. Er/sie bindet sich zur Inanspruchnahme der pDL an die als Vertragspartner gewählte Apotheke. Der/die Versicherte 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/der Versicherten 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.

¹ Die Langfassung der Vereinbarung liegt bei Bedarf zur Einsicht in der Apotheke aus.



APOTHEKERIN ELDRID MÄCKELER E.K.
DETMOLDER STR. 43 · 32545 BAD OEYNHAUSEN
TEL.: (05731) 9 23 35 · FAX: (05731) 94 03 21
WWW.SUED-APOTHEKE.EU

Der/die Versicherte 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/die Versicherte bestätigt durch eine weitere Unterschrift den Erhalt der vollständig erbrachten pDL.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Versicherten

Unterschrift des Mitarbeitenden der Apotheke

Quittierung des Erhalts

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

Ort, Datum, Unterschrift des/der Versicherten

Nur bei erneuter Leistungserbringung:

Bestätigung der Anspruchsberechtigung und Quittierung des Erhalts

Ich bestätige, dass bei mir ein ärztlich festgestellter Bluthochdruck vorliegt und dass die blutdrucksenkende Arzneimitteltherapie seit mindestens 2 Wochen unverändert ist. Darüber hinaus bestätige ich, 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.

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

Ort, Datum, Unterschrift des/der Versicherten

Informationsbogen Blutdruck (bei bestehendem Bluthochdruck)

Datum: _____ Uhrzeit: _____

Bitte beantworten Sie folgende Fragen (kreuzen Sie an):

Wann wurde Bluthochdruck bei Ihnen ärztlich festgestellt?

- vor weniger als 1 Jahr
 vor 1 bis 5 Jahren
 vor mehr als 5 Jahren

Haben Sie folgende Erkrankungen?

(Mehrfachnennung möglich)

- Diabetes/Zuckerkrankheit Herzschwäche
 Koronare Herzkrankheit Schlaganfall
 Chronische Nierenerkrankung Herzinfarkt

Nehmen Sie bereits Medikamente gegen Bluthochdruck oder andere Herzmedikamente ein?

- Nein
 Ja, und zwar:

Liegt in Ihrer Familie eine dieser Krankheiten vor?

- Nein Ja

Rauchen Sie?

- Nein Ja

VON DER APOTHEKE AUSZUFÜLLEN:



Folgender Blutdruck und Puls wurden in unserer Apotheke nach 5 Minuten Ruhepause am rechten / linken Oberarm / Handgelenk im Sitzen gemessen:

Erste Messung: _____ / _____ mmHg Puls: _____ min⁻¹

Zweite Messung: _____ / _____ mmHg Puls: _____ min⁻¹
 (1-2 Minuten nach der 1. Messung)

Dritte Messung: _____ / _____ mmHg Puls: _____ min⁻¹
 (1-2 Minuten nach der 2. Messung)

Durchschnitt: _____ / _____ mmHg Puls: _____ min⁻¹
 (der 2. und 3. Messung)

Der Durchschnitt von 2. und 3. Messung sowie das Alter dienen zur Einordnung in das folgende Schema:

Bis einschließlich 64 Jahre	Ab 65 Jahren	Empfohlene Maßnahme (bitte ankreuzen)
über 130 mmHg systolisch oder über 80 mmHg diastolisch	über 140 mmHg systolisch oder über 80 mmHg diastolisch	<input type="checkbox"/> Bitte vereinbaren Sie innerhalb von 4 Wochen einen Arzttermin
unter 120 mmHg systolisch oder unter 70 mmHg diastolisch	unter 120 mmHg systolisch oder unter 70 mmHg diastolisch	<input type="checkbox"/> Bitte informieren Sie Ihren Arzt/Ihre Ärztin bei der nächsten Vorstellung
120–130 mmHg systolisch und 70–80 mmHg diastolisch	120–140 mmHg systolisch und 70–80 mmHg diastolisch	<input type="checkbox"/> Bitte kontrollieren Sie weiterhin regelmäßig den Blutdruck

Hinweis auf Arrhythmien: Nein Ja (Falls Ihnen diese nicht bekannt sind, vereinbaren Sie bitte zeitnah einen Arzttermin zur Abklärung)

Ihr(e) Ansprechpartner(in) in der Apotheke

Apothekenstempel/Unterschrift

Legen Sie diesen Informationsbogen bitte Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin vor. Sollte es erforderlich sein, wird Ihr Arzt/Ihre Ärztin diagnostische und ggf. therapeutische Maßnahmen mit Ihnen besprechen.