



Formblatt

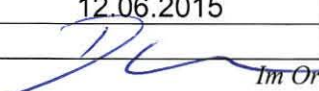
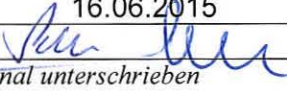
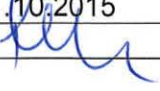
Apothekenbelieferung

PiZ-75-FB-129

Version: 04

Gültig ab: 01.11.15

Seite: **1** von 2
Seite 1 ist Deckblatt

	Erstellung/Änderung	Prüfung	Freigabe
Name	Köhne	Schneider/Peters	Peters
Datum	12.06.2015	16.06.2015	01.10.2015
Unterschrift			

Im Original unterschrieben

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass unser Haus bei der Medikamentenversorgung mit der Kur- Apotheke in Bad Nenndorf zusammenarbeitet.

Mit dieser Apotheke ist gemäß § 12 a Apothekengesetz ein Vertrag zur Sicherstellung der Versorgung der Heimbewohner mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten im Oktober 2015 geschlossen worden.

Wenn Sie mit dem Bezug von Medikamenten und Hilfsmitteln einschließlich Lieferung ins Haus durch einer dieser Apotheke einverstanden sind, entstehen für Sie keinerlei Transport- oder sonstige Organisationskosten.

Darüber hinaus ist in der Kooperation mit der Apotheke die Durchführung von Interaktionsprüfungen (Wechselwirkungen von verschiedenen verordneten Medikamenten) für die Bewohner unseres Hauses kostenfrei geregelt.

Wir weisen ausdrücklich auf die freie Apothekenwahl der Bewohner hin!

Die Heimleitung

Name: Vorname:

Ich bin mit der Service-Leistung der Kur-Apotheke einverstanden:

ja nein

bei „nein“:

Die Medikamentenversorgung soll durch folgende Apotheke durchgeführt werden:

.....

Die Lieferung der Medikamente wird durch Angehörige / Betreuer oder durch die von mir genannte Apotheke übernommen:

ja nein

Bad Nenndorf, den

Unterschrift des Bewohners/ des Betreuers / Bevollmächtigten:

.....