



Formblatt

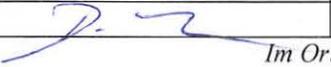
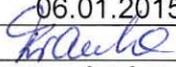
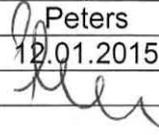
## Apothekenbelieferung

SR-75-FB-129

Version: 05

Gültig ab: 01.02.15

Seite: 1 von 2  
Seite 1 ist Deckblatt

	Erstellung/Änderung	Prüfung	Freigabe
Name	Köhne	Franke	Peters
Datum	18.12.2014	06.01.2015	12.01.2015
Unterschrift			

*Im Original unterschrieben*

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass unser Haus bei der Medikamentenversorgung mit der Raths-Apotheke in Hameln zusammenarbeitet.

Mit dieser Apotheke ist gemäß § 12 a Apothekengesetz ein Vertrag zur Sicherstellung der Versorgung der Heimbewohner mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten zum 01.07.2005 geschlossen worden.

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

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

Ab dem 01.07.2008 bietet Ihnen unser Haus in Kooperation mit der Raths-Apotheke die Verblisterung\* Ihrer Medikamente an. Das bedeutet:

- ✓ Ihr Medikamenten-Mix wird für einen definierten Zeitraum vordosiert;
- ✓ die Verblisterung erfolgt für jeden Bewohner individuell;
- ✓ Ihr Medikamenten-Mix wird hygienisch in Einzel-Blister eingeschweißt.

Diese Leistung kann nur in Zusammenarbeit mit der Raths-Apotheke angeboten werden!

Wir weisen ausdrücklich auf die freie Apothekenwahl der Bewohner hin!

Die Heimleitung

**\* Definition „Verblisterung“:**

*Das Auseinandernehmen von Arzneimitteln aus Fertigarzneimitteln und die folgende Portionierung in Folienplatten bzw. Plastiktütschen nach den verschiedenen Verabreichungszeitpunkten.*

Ich bin mit der Service-Leistung der Raths-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

Hameln, den .....

Unterschrift des Bewohners/ des Betreuers / Bevollmächtigten:

.....