**Musterabkommen**

Ich, Unterzeichnete(r):(Name, Vorname, Anschrift),

erkläre hiermit,

* den Apotheker (Name, Vorname, LIKIV-Nummer), tätig in der Apotheke (Name, Anschrift, Eintragungsnummer), als meinen Hausapotheker zu bezeichnen;
* eine klare Erläuterung sowie eine Erläuterungsbroschüre erhalten zu haben hinsichtlich:
* der Vorgehensweise meines Hausapothekers, um mich zu betreuen und zu beraten bei der Verwendung meiner Arzneimittel,
* meiner mit dieser Dienstleistung verbundenen Rechte, nämlich dass:
	+ dieses Abkommen das Ergebnis einer persönlichen und freien Entscheidung ist,
	+ ich meinen Hausapotheker jederzeit wechseln kann,
	+ ich dieses Abkommen und diese Dienstleistung jederzeit beenden kann,
* meine Einwilligung gegeben zu haben für:
* weitere *pharmazeutische Betreuung*, so dass mein Hausapotheker mir zum Beispiel ein Begleitgespräch über die angemessene Verwendung meiner Arzneimittel vorschlagen kann,
* den *elektronischen Austausch meiner Gesundheitsdaten* mit anderen Pflegeerbringern, die mich betreuen (eHealth Consent);
* dass diese Dienstleistung mir nicht in Rechnung gestellt werden kann und ich informiert wurde, dass das Honorar des Apothekers (31,80 Euro) zu Lasten des LIKIV geht;
* dass ich meinen Medikationsplan erhalten habe, das heißt eine vollständige Übersicht der Arzneimittel, die ich nehme, mit Angabe der Dosierung und der Einnahmezeitpunkte.

Erstellt zu (Ort)

am (Datum)

in zwei Exemplaren, eines für den Patienten und eines für den Apotheker.

Unterschrift: