Einverständniserklärung

Bevor die pharmazeutischen Dienstleistungen für privat Krankenversicherte (PKV) durchgeführt werden können, ist ein Einverständnis erforderlich.

Zur Inanspruchnahme der nachfolgend beschriebenen pDL wird zwischen dem/der Versicherten und der Apotheke Einverständnis geschlossen. Der wesentliche Inhalt dieser Einverständniserklärung wird im Folgenden wiedergegeben:

**Apotheke**

|  |  |
| --- | --- |
| Name und Anschrift: | Friedheim Apotheke  Marrensdamm ,12, 24944 Flensburg |
| Apothekeninhaber/in | Dr. Friederike Friedrich-Harder |

**Versicherte(r)**

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

**Pharmazeutische Dienstleistung**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Risikoerfassung hoher Blutdruck | 11,20 € |  |
| Einweisung in die korrekte Arzneimittelanwendung mit Üben der Inhalationstechnik | 20,00 € |  |
| Medikationsanalyse bei Polymedikation | 90,00 € |  |
| Pharmazeutische Betreuung von Organtransplantierten | 107,55 € |  |
| Pharmazeutische Betreuung bei oraler Antitumortherapie | 107,55 € |  |

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass pharmazeutische Dienstleistungen, durchgeführt von oben genannter Apotheke auf patienteneigene Rechnung durchgeführt werden. Ich habe keinen Anspruch auf Abrechnung der Dienstleistung von der o.g. Apotheke mit meiner privaten Krankenkasse. Ich wurde über den Preis der Dienstleistung vor Durchführung informiert.

Ort, Datum, Unterschrift des/der Versicherten