Arbeitsmaterialien für die pharmazeutischen Dienstleistungen

**Erweiterte Medikationsberatung bei Polymedikation**

* **Checkliste**

Stand der Revision: 15.05.2023

**Hinweise für die Verwendung:**

Die Vorlage auf der folgenden Seite dient der Überprüfung der einzelnen Schritte, die bei der Durchführung der pDL „Erweiterte Medikationsberatung bei Polymedikation“ einzuhalten sind. Sofern erforderlich, ist sie an die individuellen Abläufe und Gegebenheiten der Apotheke anzupassen.

Die Arbeitshilfe dient der Dokumentation in der Apotheke und ist nicht zur Abgabe an   
Patient\*innen bzw. Ärzt\*innen gedacht.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nr.** | **Schritt** | **Erledigt  (ggf. Datum/Kürzel)** |
| 1 | Patient\*in anspruchsberechtigt |  |
| 2 | Anspruchsberechtigung für weitere pDL?  Blutdruck /  Inhalativa |  |
| 3 | Patient\*in hat Vereinbarung unterzeichnet zusätzlich Schweigepflichtsentbindung:  ja  nein nur PKV: Einwilligungserklärung für Abrechnung  ja  nein |  |
| 4 | Termin für Patient\*innengespräch festgelegt:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| 5 | Patient\*in informiert, was er/sie mitbringen soll  (Medikation und relevante Unterlagen) |  |
| 6 | Vorbereitung Patient\*innengespräch  (Kund\*innendatei gesichtet und geprüft (ggf. neu angelegt)) |  |
| 7 | Patient\*innengespräch (Datenerhebung) durchgeführt  (ggf. Abgleich mit weiteren Datenquellen: z. B. BMP, Entlassbrief) |  |
| 8 | Erhalt der pDL durch Patient\*in quittiert |  |
| 9 | AMTS-Prüfung durchgeführt |  |
| 10 | *Bei Bedarf*: Rücksprache mit Arzt/Ärztin ist erfolgt  (ggf. hier schon Ergebnisbericht übermittelt)  mit: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  am: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| 11 | Termin für Abschlussgespräch festgelegt: |  |
| 12 | Abschlussgespräch durchgeführt – bzw. mindestens einen  telefonischen Kontaktversuch unternommen am:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| 13 | Ergebnisbericht an folgende(n) Arzt/Ärztin übermittelt (*bei Zustimmung Patient\*in (3) und wenn nicht schon unter (10) übermittelt*):  an: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  am: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| 14 | Medikationsberatung abgerechnet |  |

Notizen: