

**Information zur Organisation der Medikamentenversorgung nach § 12a Apothekengesetz und Erklärung der Bewohnerin/des Bewohners**

**Herrn Heinz Günter, Cusanustr. 2, 54470 Bernkastel-Kues**

Ich wurde durch die Einrichtung informiert, dass die Versorgung der Bewohner/-innen mit den Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten, die Ihre Versorgung in der Apotheke Ihrer Wahl nicht selbst wahrnehmen wollen oder können, zukünftig nach § 12a Apothekengesetz auf Grundlage von Verträgen mit der Einrichtung kooperierenden Apotheken Cusanus-Apotheke Bernkastel-Kues, Marien-Apotheke Bernkastel-Kues und Adler-Apotheke Bernkastel-Kues erfolgt.

Inhalt und Ziele der gesetzlichen Regelung wurden mir erläutert.

Ich wurde auf mein grundsätzliches Recht zur freien Apothekenwahl hingewiesen.

Die zur Umsetzung der vorgesehenen vertraglichen Regelung geplante Rotationsregelung wurde mir erläutert.

An dem in der Einrichtung vorgesehenen Verfahren der Medikamentenversorgung nach § 12a Apothekengesetz möchte ich teilnehmen.

Ja:  \_\_\_\_\_

Nein:  \_\_\_\_\_

Meine Entscheidung zur Teilnahme an dem in der Einrichtung vorgesehenen Verfahren der Medikamentenversorgung nach § 12a Apothekengesetz kann ich widerrufen, um von meinem Recht Gebrauch zu machen, meine Medikamentenversorgung (Beschaffung in der Apotheke, Organisation der Medikamente) selbst wahrzunehmen.

Ich werde nicht an dem vorgesehenen Verfahren zur Regelung der Medikamentenversorgung teilnehmen, da ich von meinem Recht Gebrauch mache, meine Medikamentenversorgung (Beschaffung in der Apotheke, Organisation der Medikamente) selbst wahrzunehmen.

Diese Entscheidung kann ich im Bedarfsfall widerrufen und dann an dem in der Einrichtung praktizierten Verfahren zur Medikamentenversorgung durch öffentlich zugelassene Apotheken teilnehmen.

Bernkastel-Kues, 13.06.2018

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Bewohner/-in oder Betreuer)