
Name der Einrichtung

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

Herr/ Frau _____

1. Ich wurde durch die Einrichtung informiert, dass die Versorgung der Bewohner/ -innen mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten, die Ihre Versorgung in der Apotheke Ihrer Wahl nicht selbst wahrnehmen wollen oder können, zukünftig nach § 12 a Apothekengesetz auf Grundlage *eines Vertrages/von Verträgen mit der/den Einrichtung/en kooperierenden Apotheke /kooperierenden Apotheken Glückauf Apotheke und Orchideen Apotheke* erfolgt.
Inhalt und Ziele der gesetzlichen Regelung wurden mir erläutert.
2. Ich wurde dabei auf mein grundsätzliches Recht zur freien Apothekenwahl hingewiesen.
3. Die zur Umsetzung der vorgesehenen vertraglichen *Regelung(en) geplante* [alternativ:]
– Rotationsregelung
wurde mir erläutert.
4. An dem in der Einrichtung vorgesehenen Verfahren der Medikamentenversorgung nach § 12 a Apothekengesetz möchte ich teilnehmen.

Ja nein

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

5. 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 (*eine*) öffentlich zugelassene *Apotheke/n* teilnehmen.

Ort , Datum

Unterschrift/ Bewohner/-in bzw.
vertretungsberechtigte Person