

## Anlage 4 Teilnahmeerklärung

### ERKLÄRUNG ZUR TEILNAHME

Vereinbarung über Polymedikationsberatung zur Erhöhung der Arzneimitteltherapiesicherheit mit der AOK Niedersachsen

**Rücksendung an:  
AOK - Die Gesundheitskasse  
für Niedersachsen  
Frau Valentina Busch  
Hildesheimer Str. 273  
30519 Hannover**

Name der Apotheke		Institutionskennzeichen der Apotheke (IK)  <b>30</b> <input type="text"/>	
Vorname Apothekeninhaber/in		Nachname Apothekeninhaber/in	
Straße und Hausnummer der Apotheke		Postleitzahl und Ort der Apotheke	
Telefonnummer der Apotheke	Faxnummer der Apotheke	E-Mail-Adresse der Apotheke	

**Für meine o.g. Apotheke erkläre ich die Teilnahme an der Vereinbarung über Polymedikationsberatung zur Erhöhung der Arzneimitteltherapiesicherheit mit der AOK Niedersachsen. Zutreffendes Kästchen habe ich wie folgt angekreuzt:**

#### 1. Qualifikation zur Teilnahme an der Vereinbarung

Gemäß § 3 Abs. 1 der Vereinbarung ist die Apotheke durch folgende Apotheker(-innen) besonders qualifiziert:

	Name, Vorname	Qualifikation	Erwerb am / Gültig bis
<b>1</b>		( )*	
<b>2</b>		( )*	

**\*)** Bitte nutzen Sie für die Spezifizierung des Qualifikationsnachweises folgende Buchstaben  
a.: eine achtstündige Schulung mit den folgenden Inhalten: Erstellen eines Medikationsplans, Medikationsanalyse, Erkennen und klinische Beurteilung von Interaktionen sowie Kommunikation mit dem Arzt  
b.: die Bereichsweiterbildung Geriatriische Pharmazie  
c.: die Bereichsweiterbildung Palliativpharmazie  
d.: die ATHINA-Schulung inklusive Zertifizierung

Eine Kopie der entsprechenden Teilnahmebestätigung liegt dieser Erklärung bei.

#### 2. Nachweis der Qualifikation

Ich bzw. ein(e) in der Apotheke angestellte(r) Apotheker(in) habe noch keine der vorstehend genannten Qualifizierungsmaßnahmen besucht. Ich versichere aber, dass ein Nachweis über die Teilnahme an einer der genannten Qualifizierungsmaßnahmen innerhalb der ersten zwei Jahre nach Vertragsschluss erfolgt. Den Nachweis werde ich der AOK Niedersachsen anschließend unaufgefordert zusenden.

Ich verpflichte mich, alle vertragsrelevanten Änderungen in der Apotheke, insbesondere diejenigen, die zu einem Entzug der Teilnahmeberechtigung führen können (z. B. Ausscheiden des für die Beratung zur Verfügung stehenden qualifizierten Personals oder Inhaberwechsel), der AOK Niedersachsen unverzüglich mitzuteilen.

Ort, Datum

Unterschrift Apothekeninhaber/in

Stempel der Apotheke