**APTEEKKISOPIMUS**

**Lääkehoitoni tehostamiseksi suostun seuraaviin järjestelyihin:**

1. Ilmoitan hoitavalle lääkärille sen apteekin, missä haluan asioida.
2. Lääkäri kirjaa sopimukseen kuuluvien lääkkeiden sähköisiin resepteihin tiedon apteekkisopimuksesta.
3. Apteekissa asioin henkilökohtaisesti ja todistan aina henkilöllisyyteni.
4. Suostun siihen, että valitsemani apteekki tallentaa tiedon apteekkisopimuksestani apteekkien yhteisessä käytössä olevaan apteekkisopimusrekisteriin, jolloin muut apteekit eivät voi toimittaa minulle sopimuksen piiriin kuuluvia lääkkeitä.
5. Minulle toimitetaan sopimuksen piiriin kuuluvia lääkkeitä vain sopimuksessa mainittujen lääkäreiden ja/tai hoitopaikan resepteillä ja vain sopimusapteekista reseptin ohjeen mukaisesti.
6. Apteekit pidättäytyvät toimittamasta minulle hoito-ohjelmasta poikkeavia PKV-lääkkeitä tai huumausaineiksi luokiteltavia lääkkeitä (PKV= pääasiassa keskushermostoon vaikuttava).
7. Apteekilla on lupa kertoa huomioistaan hoitoni edistymisestä hoitavalle lääkärille.
8. Tämä sopimus on voimassa \_\_\_\_ **/** \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ saakka tai kunnes se yhdessä hoitavan lääkärin kanssa puretaan. Hoitopaikka ilmoittaa purkamisen apteekkiin ja mitätöi sopimuksen nojalla tehdyt reseptit.
9. Sopimusrikkomus voi johtaa sopimuksen purkamiseen ja hoitosuunnitelman tarkistukseen.
10. Väkivalta, sillä uhkaaminen tai muu hyväksyttävän käytöksen vastainen toiminta voi johtaa sopimuksen purkamiseen ja hoitosuunnitelman tarkistukseen.
11. Hoitava lääkäri mitätöi tähän sopimukseen liittyvät reseptit sopimuksen päättyessä/purkautuessa. Tämän jälkeen apteekki ei enää toimita sopimuslääkkeitä

Tämä sopimus koskee seuraavia lääkkeitä:

* PKV-lääkkeet
* Huumausaineiksi luokiteltavat lääkkeet

Valitsemani apteekki: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hoitava lääkäri: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lääkärin toimipaikka: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Paikka ja aika: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Potilas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Henkilötunnus: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allekirjoitus: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Alkuperäinen lomake jää hoitoyksikköön. Kopio allekirjoitetusta sopimuslomakkeesta annetaan potilaalle sekä toimitetaan valittuun apteekkiin, joka tallettaa sopimuksen tiedot apteekkisopimusrekisteriin. Muut apteekit saavat tiedon sopimuksesta apteekkisopimusrekisteristä silloin, kun sopimusasiakas hakee apteekista sopimuksen piiriin kuuluvia lääkkeitä. Apteekki tallettaa apteekkisopimusrekisteriin tiedot sopimuksesta. Sopimuksen päättyessä tiedot poistetaan rekisteristä välittömästi. Rekisterissä olevat tiedot voi tarkastaa sopimusapteekissa kerran vuodessa maksutta.*

**SPRAVATO-APTEEKKISOPIMUS ­**

Spravato-nenäsumutehoitoni järjestämiseksi suostun seuraaviin järjestelyihin:

Minulle määrättävä Spravato-nenäsumutevalmiste edellyttää, että lääkkeen annostelu suoritetaan terveydenhuollon ammattilaisen suorassa valvonnassa, asianmukaisessa hoitopaikassa. Hoitokertaan kuuluu apteekista ostamani nenäsumutteen annostelu ja annostelun jälkeinen tarkkailu.

Lääkkeen myyntilupaan liittyy ehto, että teen apteekkisopimuksen ja että apteekki ei koskaan luovuta Spravato-nenäsumutetta lääkkeen käyttäjälle. Apteekki toimittaa lääkkeen suoraan tässä sopimuksessa ilmoitettuun hoitopaikkaan. Mikäli tätä apteekkisopimusta ei ole, apteekki ei voi toimittaa Spravato-nenäsumutetta.

Toimitusjärjestelyjen sopimiseksi tähän sopimukseen kirjataan apteekin nimi, josta haluan jatkossa hankkia minulle määrätyt Spravato-nenäsumutteet. Lisäksi valtuutan hoitopaikan välittämään tiedon tästä sopimuksesta apteekkiin. Lisäksi valtuutan sekä hoitopaikan että apteekin sopimaan lääkkeen toimittamisesta hoitopaikkaan.

Suostun siihen, että valitsemani apteekki tallentaa tiedon apteekkisopimuksestani apteekkien yhteisessä käytössä olevaan apteekkisopimusrekisteriin. Olen tietoinen siitä, että muut apteekit kuin tähän sopimukseen kirjattu apteekki, eivät voi sopimuksen voimassaoloaikana toimittaa minulle PKV-lääkkeitä tai huumausaineiksi luokiteltavia lääkkeitä (PKV= pääasiassa keskushermostoon vaikuttava). Apteekki voi toimittaa ainoastaan sopimuksessa mainitun hoitavan lääkärin määräämiä PKV- ja huumausaineiksi luokiteltuja lääkkeitä. Annan lääkkeet toimittavalle apteekille suostumuksen tallentaa tiedon tästä sopimuksesta sekä Spravato-nenäsumutteen toimitusjärjestelyistä apteekin asiakasrekisteriin.

Mikäli haluan vaihtaa Spravato-nenäsumutteen toimittavaa apteekkia tai hoitopaikkaa, sovin muutoksesta sekä hoitopaikan että apteekin kanssa ja teen uuden apteekkisopimuksen.

Tämä sopimus on voimassa \_\_\_/\_\_\_20\_\_\_\_ saakka tai kunnes se yhdessä hoitavan lääkärin kanssa puretaan. Hoitava lääkäri tai hoitoyksikön henkilökunta ilmoittaa tällöin sopimuksen purkamisesta apteekille.

Hoitava lääkäri mitätöi tähän sopimukseen liittyvät reseptit sopimuksen päättyessä/purkautuessa. Tämän jälkeen apteekki ei enää toimita Spravato-nenäsumutteita.

Toimittava apteekki: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hoitava lääkäri: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hoitopaikka: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Valmisteen toimitusosoite (hoitopaikka): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hoitopaikan puhelinnumero: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hoitopaikan yhteyshenkilö: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Toimitukseen liittyvät lisätiedot: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Paikka: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Asiakas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Henkilötunnus: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Asiakkaan allekirjoitus: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Alkuperäinen lomake jää hoitoyksikköön. Kopio allekirjoitetusta sopimuslomakkeesta annetaan potilaalle sekä toimitetaan valittuun apteekkiin, joka tallettaa sopimuksen tiedot apteekkisopimusrekisteriin. Muut apteekit saavat tiedon sopimuksesta apteekkisopimusrekisteristä silloin, kun sopimusasiakas hakee apteekista sopimuksen piiriin kuuluvia lääkkeitä. Apteekki tallettaa apteekkisopimusrekisteriin tiedot sopimuksesta. Sopimuksen päättyessä tiedot poistetaan rekisteristä välittömästi. Rekisterissä olevat tiedot voi tarkastaa sopimusapteekissa kerran vuodessa maksutta.*