



## Position 2 A :

**HKB b: Abgeben von verordneten Medikamenten, Sanitäts- und Gesundheitsartikeln**

**HK e1: Kundeninformationen erheben und Kundendossiers der Apotheke führen**

**HK e2: Forderungen aus dem Verkauf von Medikamenten, Produkten und Leistungen verwalten**

### Kundensituation

Name / Vorname / Nummer

Datum / Beginn / Ende

### Informationen zum Ablauf

Es handelt sich beim Rollenspiel um eine neue Beratungssituation, d.h. es sind keine Informationen aus anderen Aufgabestellungen und anderen Positionen für die Lösung relevant.

Das Gespräch dauert **rund 20 Minuten** und enthält folgende Punkte (total zwei Gespräche Position 2; 45 Minuten)

- Vorgängig: Rollenklärung PEX (wer übernimmt welche Rolle)
- Identifikation, Rezept berpr fung, Administration (KK)
- GWP / Dossier ergänzen
- Rezeptadministration
- Selbständige Problembehandlung
- Validierung Apothekerin/Apotheker
- Korrekte Anwendung mit Therapiedauer erklärt
- min. 1 Therapieergänzung (Produkt, Tipps)
- min. 1 Vorschlag zur Prävention
- Verkaufsabschluss, Zahlungsmodalitäten, Nachsorgeangebot

## Benötigte Unterlagen / Materialien

Vorbereitetes Rezept

**Arzt**

**Datum:**

Anrede  
Name, Vorname  
Geburtsdatum  
Adresse

Rp

**Hier befinden sich eine gültige  
Unterschrift und ein Stempel des  
Arztes / der Ärztin**



**Position 2 A :**  
**Informationen zum Rollenspiel**

	Frage Kandidat/in	Ja	Antworten PEX / Erwartungen	Bemerkungen
	Einleitung			
Identifikation	Identifikation und Erfassung der Kundin / des Kunden	<input type="checkbox"/>		
	Abrechnungsmodalitäten geklärt	<input type="checkbox"/>		
	Gültigkeit geprüft	<input type="checkbox"/>		



**Position 2 A :**

	Frage Kandidat/in	Ja	Antworten PEX / Erwartungen	Bemerkungen
GWP/Dossier	Indikation	<input type="checkbox"/>		
	Einnahme bekannt	<input type="checkbox"/>		
	Allergie	<input type="checkbox"/>		
	Risikosituation	<input type="checkbox"/>		
	Dauer	<input type="checkbox"/>		
	Andere Medikamente (OTC; RX)	<input type="checkbox"/>		
	Andere Krankheiten und The- rapien	<input type="checkbox"/>		



**Position 2 A :**

	Frage Kandidat/in	Ja	Antworten PEX / Erwartungen	Bemerkungen
Rezeptadministration	Produktfassung	<input type="checkbox"/>		
	Galenik	<input type="checkbox"/>		
	Angebot Generika	<input type="checkbox"/>		
	Fehlende Informationen einholen	<input type="checkbox"/>		
	Dosierung validieren	<input type="checkbox"/>		
	Packungsgrösse	<input type="checkbox"/>		
	Ersatzartikel/Bestellung bei fehlenden Medikamenten	<input type="checkbox"/>		



**Position 2 A :**

	Frage Kandidat/in	Ja	Antworten PEX / Erwartungen	Bemerkungen
<b>Problembehandlung</b>	Selbständige Problembehandlung	<input type="checkbox"/>		
<b>Validierung</b>	Validierung mit Apotheker/in	<input type="checkbox"/>		



**Position 2 A :**

	Frage Kandidat/in	Ja	Antworten PEX / Erwartungen	Bemerkungen
Anwendung	Dosierung	<input type="checkbox"/>		
	Anwendung	<input type="checkbox"/>		
	Instruktion	<input type="checkbox"/>		
Therapieergänzung	Passende Therapieergänzung (min. 1) z.B.	<input type="checkbox"/>		
	Informationen zur Therapieergänzung	<input type="checkbox"/>		
	Begründung zur Therapieergänzung	<input type="checkbox"/>		



**Position 2 A :**

	Frage Kandidat/in	Ja	Antworten PEX / Erwartungen	Bemerkungen
<b>Präventionsmassnahmen</b>	Passende Präventionsmassnahme (min. 1) z.B.	<input type="checkbox"/>		
<b>Abschluss</b>	Weitere Bedürfnisse / offene Fragen geklärt	<input type="checkbox"/>		
	Nachsorgeangebot	<input type="checkbox"/>		
	Abschluss	<input type="checkbox"/>		