**SPRAVATO-APOTEKSAVTAL**

**Jag samtycker till följande arrangemang för min behandling med Spravato-nässprej:**

Behandlingen med Spravato-nässprej förutsätter att läkemedlet administreras under uppsikt av en professionell person inom hälsovården, på en ändamålsenlig vårdplats. Till vårdtillfället hör administreringen av nässprejen jag köpte på apoteket samt övervakning efter det. Läkemedlets försäljningstillstånd innehåller villkoret att jag ingår ett apoteksavtal och att apoteket aldrig överlåter Spravato-nässprejen åt mig. Apoteket förmedlar läkemedlet till den vårdplats som anges i avtalet. Utan ett apoteksavtal kan apoteket inte expediera Spravato-nässprej.

I det här avtalet antecknas namnet på det apotek där jag vill skaffa Spravato-nässprejen som förskrivs åt mig. Jag befullmäktigar vårdplatsen att förmedla informationen om detta avtal till apoteket. Jag befullmäktigar också vårdplatsen och apoteket att sinsemellan komma överens om hur läkemedlet ska levereras till vårdplatsen.

Jag samtycker till att det apotek jag valt registrerar mitt apoteksavtal i apotekens gemensamma apoteksavtalsregister. Jag är medveten om att andra apotek än apoteket som anges i avtalet inte kan expediera HCI-läkemedel eller narkotikaklassade läkemedel åt mig så länge avtalet gäller (HCI = inverkar huvudsakligen på det centrala nervsystemet). Apoteket kan endast expediera HCI-läkemedel och narkotikaklassade läkemedel som förskrivits av den behandlande läkare som anges i avtalet. Jag samtycker till att apoteket som expedierar läkemedlen sparar informationen om detta avtal och hur Spravato-nässprejen ska levereras i apotekets kundregister.

Om jag vill byta apoteket som expedierar Spravato-nässprejen eller byta vårdplats kommer jag överens om det med både vårdplatsen och apoteket och ingår ett nytt apoteksavtal.

Detta avtal gäller till den \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 20\_\_\_\_ eller tills det hävs tillsammans med den behandlande läkaren. Den behandlande läkaren eller vårdenhetens personal meddelar då apoteket om hävningen av avtalet.

Den behandlande läkaren annullerar recepten som ingår i avtalet när avtalet upphör att gälla/hävs. Efter det expedierar apoteket inte längre Spravato-nässprej åt mig.

Expedierande apotek: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Behandlande läkare: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vårdplats: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Leveransadress (vårdplatsen): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vårdplatsens telefonnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vårdplatsens kontaktperson: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mer om leveransen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Plats och tid: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kund: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Personbeteckning: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kundens underskrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_