

Gesundheitsdatenblatt

Erfassung der Patientendaten im Rahmen des Arzneimittelversandes

Um Sie optimal in Fragen der Arzneimitteltherapie beraten und arzneimittel- und gesundheitsbezogene Probleme erkennen zu können, bitten wir Sie, uns weitere Daten zu Ihrem Gesundheitszustand und zu Ihrer Medikation zur Verfügung zu stellen. Die Angaben werden nur im Rahmen der Information zur Speicherung arzneimittelbezogener Daten für die Teilnahme am Versandhandel mit Arzneimitteln in der Apotheke verarbeitet.

Name, Vorname:

Strasse:

PLZ Ort:

Tel.:

E-Mail:

Angabe zum Patienten:

Geschlecht: M F

Geburtsdatum:

Krankenkasse:

Gewicht: Grösse:

Kopie Krankenversicherungskarte beilegen

Erkrankungen:

Diabetes

Bronchialasthma

Nierenerkrankungen

Bluthochdruck

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Allergien, welche?

Blutgerinnungsstörungen

Lebererkrankungen

Andere Krankheiten, welche?

Schwangerschaft / Stillzeit:

Ich bin nicht schwanger

Ich bin in der ____ Woche

Ich stille nicht

Welche Arzneimittel nehmen Sie regelmässig ein

Kopie Medikamentenpass, Dosierkarte oder Auflistung Name, Wirkstärke, Dosierung:
(z.B. Aspirin Cardio 100, 1x1 Tabl.)¹

¹ Wir sind gern bereit, Ihnen bei der Aufstellung der Arzneimittel zu helfen. Bei Fragen oder Unklarheiten melden wir uns telefonisch bei Ihnen. Ja, bitte Rückruf

Ich bin damit einverstanden, dass mir anstelle des Originals ein günstigeres Generikum geliefert wird:

JA Nein nur nach Rücksprache mit mir per Telefon per Mail

Ich bin damit einverstanden, dass die ärztliche Verordnung direkt der Apotheke mit Bewilligung zum Versandhandel mit Arzneimittel übermittelt wird

Datum:

Unterschrift:

Das Gesundheitsdatenblatt ist vollständig auszufüllen