

## Erfassung von Patientendaten im Rahmen des Arzneimittelversandes

Um Sie optimal in Fragen der Arzneimitteltherapie beraten und arzneimittel- und gesundheitsbezogene Probleme erkennen zu können, sind Sie gesetzlich verpflichtet, uns zusätzliche Daten zu Ihrem Gesundheitszustand und zu Ihrer Medikation zur Verfügung zu stellen. Bitte füllen Sie den Fragebogen auch jedes Mal wieder von neuem aus, wenn sich etwas verändert hat. Die Angaben werden nur im Rahmen der Information zur Speicherung arzneimittelbezogener Daten für die Teilnahme am Versandhandel mit Arzneimitteln in der Apotheke verarbeitet.

Die mit \* versehenen Angaben sind zwingend anzugeben.

<b>*Name, *Vorname:</b>		
<b>*Strasse, *Haus-Nr.:</b>		
<b>*Postleitzahl, *Ort:</b>		
<b>*Tel.:</b>		<b>E-Mail:</b>
<b>*Angaben zum Patienten:</b>		
Geschlecht: m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>	Geburtsdatum:	Krankenkasse:
Gewicht: Grösse:		Versicherungsnummer:
<b>*Erkrankungen:</b>		
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Bronchialasthma	<input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Allergien, wenn ja welche
<input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/> Andere Krankheiten, wenn ja welche
<b>*Schwangerschaft/Stillzeit:</b>		
<input type="checkbox"/> ich bin nicht schwanger		<input type="checkbox"/> ich stille nicht
<input type="checkbox"/> ich bin schwanger; Geburtstermin:		<input type="checkbox"/> ich stille zur Zeit
<b>*Welche Arzneimittel nehmen Sie regelmässig ein (Name, Wirkstärke, Dosierung)?:</b> (z.B. Aspirin Cardio 100, 1x1 Tbl.)		
Wir sind gerne bereit, Ihnen bei der Aufstellung Ihrer Arzneimittel zu helfen. Bei Fragen oder Unklarheiten melden wir uns telefonisch bei Ihnen. <input type="checkbox"/> ja, bitte Rückruf		
<b>*Ich bin damit einverstanden, dass mir anstelle des Originals ein günstigeres Generikum geliefert wird:</b>		
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nur nach Rücksprache mit mir		
<b>*Ich bin damit einverstanden, dass mein Arzt die ärztliche Verordnung direkt der Apotheke mit Bewilligung zum Versandhandel mit Arzneimitteln übermittelt:</b>		
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nur nach Rücksprache mit mir		
<b>*Datum:</b>		<b>*Unterschrift:</b>