

Diese Angaben sind freiwillig und unterliegen strengstem Datenschutz.

Bitte nur ausfüllen, wenn uns Ihre Daten noch nicht vorliegen oder wenn sich Änderungen ergeben haben.

Um Sie optimal zu Fragen der Arzneimitteltherapie beraten und arzneimittelbezogene 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 sind freiwillig und werden nur zum Zweck der pharmazeutischen Betreuung genutzt, gespeichert und auf Wunsch wieder gelöscht.

Persönliche Daten

Frau

Herr

Name / Vorname

Kundennummer:
(falls vorliegend)

Ihre Körpergröße

Ihr aktuelles Gewicht

Geburtsdatum (TT/MM/JJJ)

Bestehen Unverträglichkeiten oder Allergien

Penicillin

Sulfonamide

Laktose

Andere Unverträglichkeiten / Allergien

Allergiepass (Kopie liegt bei)

Unter welchen gesundheitlichen Störungen leiden Sie?

Diabetes

Asthma

Schilddrüsenerkrankung

Herzbeschwerden

Rheuma

hoher Augendruck

hoher Blutdruck

Gastritis

andere:

Besteht eine Schwangerschaft?

ja

nein

falls „ja“, erwartetes Geburtsdatum des Kindes

Stillen Sie?

ja

nein

Welche Medikamente nehmen Sie zusätzlich zu jenen auf Ihrem beiliegenden Rezept?

Ort / Datum

Unterschrift (Patient oder gesetzlicher Vertreter)