HIRSCH-APOTHEKE
Apotheker Wolfgang U. Scholz

Knapper Straße 25 ♦ 58507 Lüdenscheid ♦ Telefon (02351) 34 31 ♦ Telefax (02351) 266 44
E-Mail info@scholz-hirsch-apotheke.de ♦ www.scholz-hirsch-apotheke.de

Erfassung der Patientendaten im Rahmen des Arzneimittelversandes

Um Sie optimal zu Fragen der Arzneimitteltherapie beraten und arzneimittelbezogene und gesundheitsbezogene Probleme erkennen zu können, bitte wir Sie, uns weitere Daten zu Ihrem Gesundheitszustand und zu Ihrer Medikation sowie die beiliegende unterzeichnete Einverständniserklärung zur Verfügung zu stellen. Die Angaben sind freiwillig und werden nur im Rahmen Ihrer Einverständniserklärung in der Apotheke verbreitet.

Name, Vorname:		
Straße, Haus-Nr.:		
Postleitzahl, Ort:		
Tel.:	**Fax:**	**E-Mail:**

Angaben zum Patienten:

Geschlecht: m ❑ w ❑ Geburtsjahr:

Erkrankungen:

❑ Diabetes mellitus	❑ Bluthochdruck	❑ Erhöhtes Cholesterin
❑ Leberinsuffizienz	❑ Asthma bronchiale	❑ Herz-Kreislauf-Erkrankungen
❑ Engwinkelglaukom	❑ Niereninsuffizienz	❑Herzmuskelschwäche
❑ Koronare Herzkrankheit	❑ Andere, z.B. Allergien (gegen_____)	

Schwangerschaft/Stillzeit

❑ Ich bin schwanger.	❑ Ich stille.	❑ Ich habe Kinderwunsch.

Welche Arzneimittel nehmen Sie regelmäßig ein (Name, Wirkstärke, Dosierung)?:

(z.B. ASS 100, 1x1 Tbl.)[1]

[1] Wir sind gerne bereit, Ihnen bei der Aufstellung Ihrer Arzneimittel zu helfen. Bei Fragen oder Unklarheiten melden wir uns telefonisch bei Ihnen

❑ Ja, bitte Rückruf.

Datum:	**Unterschrift:** (Patient oder gesetzlicher Vertreter)