ALPSTEINAPOTHEKE
WALDSTATT / SCHWEIZ

FO2 Erfassung der Patientendaten im Rahmen des Arzneimittelversandes

Um Sie optimal in Fragen der Arzneimitteltherapie beraten und arzneimittel- und gesundheitsbezogene Probleme erkennen zu können, **müssen** Sie uns weitere Daten zu Ihrem Gesundheitszustand und zu Ihrer Medikation zur Verfügung stellen. 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 müssen zwingend angegeben werden.

***Name:** ***Vorname:**

***Strasse:** ***Haus-Nr.:**

***Postleitzahl:** ***Ort:**

***Tel.:** ***Fax:** **E-Mail:**

*Angabe zum Patienten:

Geschlecht: ☐ **m** ☐ **w**

Gewicht: **Grösse:**

Geburtsdatum: **Krankenkasse:**

Versicherungsnummer:

*Erkrankungen:

☐ **Diabetes** ☐ **Bronchialasthma** ☐ **Nierenerkrankungen**

☐ **Bluthochdruck** ☐ **Herz-Kreislauf-Erkrankungen** ☐ **Allergien,** wenn ja welche:

☐ **Blutgerinnungsstörungen** ☐ **Lebererkrankungen** ☐ **Andere Krankheiten,** wenn ja welche:

*Schwangerschaft/Stillzeit:

☐ **ich bin nicht schwanger** ☐ **ich stille nicht**

*Welche Arzneimittel nehmen Sie regelmäßig ein (Name, Wirkstärke, Dosierung)? (z. B. Aspirin Cardio 100, 1×1 Tbl.)[1] (bitte auf der Rückseite des Formulars auflisten)

[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**

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

☐ **ja** ☐ **nein** ☐ **nur nach Rücksprache mit mir**

*Ich bin damit einverstanden, dass mein Arzt die ärztliche Verordnung direkt der Apotheke mit Bewilligung zum Versandhandel mit Arzneimitteln übermittelt:

☐ **ja** ☐ **nein** ☐ **nur nach Rücksprache mit mir**

***Datum:** ***Unterschrift**

(ggf. gesetzlicher Vertreter)