



Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen, Zutreffendes ankreuzen, unterschreiben und absenden.

Dieser freiwillig auszufüllende Fragebogen dient Ihrer Sicherheit bei der Einnahme der Arzneimittel. Diese Informationen werden nicht an Dritte weitergegeben. Die Daten werden nur zum Zweck der pharmazeutischen Betreuung durch unsere Apothekerinnen und Apotheker mit Ihrem Einverständnis genutzt, gespeichert und auf Wunsch gelöscht.

Folgende Erkrankungen sind bei mir diagnostiziert worden:

- | | | |
|-----------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Asthma Bronchiale | <input type="radio"/> Glaukom | <input type="radio"/> Magenerkrankungen |
| <input type="radio"/> Bluthochdruck | <input type="radio"/> Herz-Kreislauf-Erkrankungen | <input type="radio"/> Nierenerkrankungen |
| <input type="radio"/> Diabetes | <input type="radio"/> Lebererkrankungen | <input type="radio"/> Schilddrüsenerkrankungen |

Raum für eigene Eintragungen

Folgende Arzneimittel nehme ich ein:

Nehmen Sie Schmerzmittel?

- ja nein

Nehmen Sie Blutverdünner?

- ja nein

Nehmen Sie Kontrazeptiva (Antibabypille)?

- ja nein

PZN*	Bezeichnung/Wirkstärke	Einnahme	
		regelmäßig	gelegentlich
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* Die 7-stellige PharmaZentralNummer finden Sie auf der Arzneimittelpackung, in der Nähe des Strichcodes

Auf folgende Stoffe / Arzneimittel reagiere ich überempfindlich / allergisch:

- Allergiepass (Kopie liegt bei)

Schwangerschaft / Stillzeit:

- ich bin schwanger ich stille

Allgemeine Angaben:

Größe: cm Gewicht: kg

- Ich habe noch Fragen und bitte um Rückruf

Ort, Datum

Unterschrift