

GESUNDHEITSFRAGEBOGEN



Befinden Sie sich wohl!

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

■ PERSÖNLICHE DATEN

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Titel <input type="text"/>	Telefon (tagsüber) <input type="text"/>
Vorname <input type="text"/>		Telefon (abends) <input type="text"/>
Name <input type="text"/>		Fax <input type="text"/>
Straße/Haus-Nr. <input type="text"/>		E-Mail <input type="text"/>
PLZ <input type="text"/>		Kunden-Nr. (falls vorhanden) <input type="text"/> - K
Ort <input type="text"/>		Geburtsdatum <input type="text"/>

■ FOLGENDE ERKRANKUNGEN SIND BEI MIR DIAGNOSTIZIERT WORDEN:

<input type="checkbox"/> Asthma Bronchiale	<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Erkrankung	<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung
<input type="checkbox"/> Allergie	<input type="checkbox"/> Hauterkrankung	<input type="checkbox"/> Lebererkrankung	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Glaukom	<input type="checkbox"/> Magenerkrankung	<input type="checkbox"/> Stoffwechselerkrankung

■ FOLGENDE ARZNEIMITTEL NEHME ICH EIN:

Schmerzmittel?	Blutverdünner?	Kontrazeptiva (Antibabypille)?
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Artikel-Nr./PZN	Bezeichnung/Wirkstärke	Einnahme	
		regelmäßig	gelegentlich
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

■ AUF FOLGENDE STOFFE / ARZNEIMITTEL REAGIERE ICH ÜBEREMPFLINDLICH / ALLERGISCH:

Allergiepass (Kopie liegt bei)

■ SCHWANGERSCHAFT / STILLZEIT ■ ALLGEMEINE FRAGEN

ich bin schwanger ich stille

Größe cm Gewicht Kg

Ich habe noch Fragen und bitte um Rückruf

Ort, Datum

Unterschrift