

Formular-02

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:
*Angaben zum Patienten:		
Geschlecht: m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> Gewicht: Grösse:	Geburtsjahr:	Krankenkasse: Versicherungsnummer:
*Erkrankungen:		
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Bronchialasthma	<input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Allergien, wenn ja welche
<input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/> Andere Krankheiten, wenn ja welche
*Schwangerschaft/Stillzeit:		
<input type="checkbox"/> ich bin nicht schwanger		<input type="checkbox"/> ich stille nicht
*Welche Arzneimittel nehmen Sie regelmäßig ein (Name, Wirkstärke, Dosierung)?: (z. B. Aspirin Cardio 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. <input type="checkbox"/> ja, bitte Rückruf		
*Ich bin damit einverstanden, dass mir anstelle des Originals ein preiswerteres, qualitativ hochwertiges Generikum geliefert wird:		
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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:		
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nur nach Rücksprache mit mir		
*Datum:	*Unterschrift (ggf. gesetzlicher Vertreter)	

Bahnhofapotheke Langenthal AG
Eisenbahnstrasse 8
4900 Langenthal



GAS/ECR/ICR

nicht frankieren
ne pas affranchir
non affrancare

50731597
000001

DIE POST 

A

