

# Gesundheitsfragebogen

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.

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

**► Persönliche Daten**

Frau  Herr      Firma .....      Krankenkasse .....  
 Titel .....      Vorname .....      Versichertennummer .....  
 Name .....      Telefon (tagsüber) .....  
 Straße und Hausnummer .....      Telefon (abends) .....  
 PLZ .....      Ort .....      Fax .....  
 Kunden-Nr. (falls vorhanden) .....      Geburtsdatum .....      E-Mail .....

**► Folgende Erkrankungen sind bei mir diagnostiziert worden:**

Asthma Bronchiale       Glaukom       Magenerkrankungen  
 Bluthochdruck       Herz-Kreislauf-Erkrankungen       Nierenerkrankungen  
 Diabetes       Lebererkrankungen       Schilddrüsenenerkrankungen

.....  
.....

**► Folgenden Arzneimittel nehme ich ein:**

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

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

\* 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**      **► Allgemeine Angaben**

ich bin schwanger       ich stille      Größe: ..... cm      Gewicht: .....

  Ich habe noch Fragen und bitte um Rückruf

X .....  
Ort, Datum

X .....  
Unterschrift