



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.

## Persönliche Daten

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

## Folgende Erkrankungen sind bei mir diagnostiziert worden:

Asthma Bronchiale	Herz-Kreislauf-Erkrankungen	Magenerkrankungen
Bluthochdruck	Glaukom	Nierenerkrankungen
Diabetes	Lebererkrankungen	Schilddrüsenkrankungen
Raum für eigene Eintragungen		
_____		

## Folgende Arzneimittel nehme ich ein:

Nehmen Sie Schmerzmittel?	Nehmen Sie Blutverdünner?	Nehmen Sie Kontrazeptiva (Antibabypille)?
ja    nein	ja    nein	ja    nein
PZN*	Bezeichnung/Wirkstärke	Einnahme regelmäßig    gelegentlich
_____	_____	
_____	_____	
_____	_____	

\* 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