ROTHAUS APOTHEKE *direct*

REZEPT-BEGLEITSCHEIN

Persönliche Angaben:

Name, Vorname: ……

Strasse, Nr.: ……

PLZ, Ort: ……

Geburtsdatum: ……

Telefonnummer: Privat……Geschäft:……

Mobile:……

Email: ……

Krankenkasse: ……

Versicherungsnummer: ……

Um Sie optimal in Fragen der Arzneimitteltherapie beraten und arzneimittel- und gesundheitsbezogene Probleme erkennen zu können, bitten wir Sie, uns weitere Daten zu Ihrem Gesundheitszustand und zu Ihrer Medikation zur Verfügung zu stellen. Die Angaben werden nur im Rahmen der Information zur Speicherung arzneimittel-bezogener Daten für die Teilnahme am Versand-handel mit Arzneimitteln in der Apotheke verarbeitet.

Gesundheitsfragebogen:

Welche Arzneimittel nehmen Sie regelmässig ein (Name, Wirkstärke, Dosierung)?

……

……

Leiden Sie unter einer der folgenden gesundheitlichen Störungen?

- □ Diabetes
- □ Blutgerinnungsstörungen
- □ Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- □ Bronchialasthma
- □ Nierenerkrankungen
- □ Lebererkrankungen
- □ Bluthochdruck
- □ Allergien, wenn ja welche
- □ andere Krankheiten, wenn ja welche

……

……

Bestehen Unverträglichkeiten oder Allergien? □ **nein** □ **ja, welche** _____

Besteht oder planen Sie eine Schwangerschaft? □ **nein** □ **ja, erwarteter Geb.termin:** _____

Stillen Sie? □ **ja** □ **nein**

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular zusammen mit dem Originalrezept an:

ROTHAUS direct
Dorfstrasse 70
8706 Meilen