

Fo2 Erfassung der Patientendaten im Rahmen des Arzneimittelversandes und Einverständniserklärung

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. Jeder Punkt dieses Formulars ist ein **Pflichtpunkt** und damit dringend auszufüllen.

Dieses Formular müssen wir zwingend mit Originalunterschrift von Ihnen zurückerhalten (bitte vorfrankiertes Couvert verwenden).

Angaben zum Patienten		
Name, Vorname:	Geburtsdatum:	E-Mail:
Strasse, Haus-Nr:	Tel:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
PLZ, Ort:	Fax (falls vorhanden):	Krankenkasse:
Versicherungs-Nr: (80756..)		
Erkrankungen		
<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Bluthochdruck <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> Bronchialasthma <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf Erkrankungen <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen <input type="checkbox"/> Allergien, wenn ja welche _____ <input type="checkbox"/> Andere Erkrankungen _____
Schwangerschaft/Stillzeit	<input type="checkbox"/> Ich bin schwanger	<input type="checkbox"/> Ich stille
Welche Arzneimittel nehmen Sie regelmässig ein Name, Wirkstärke, Dosierung/ z.B. Aspirin cardio 100 mg 1x1 Tabl. _____ _____		
* 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 günstigeres 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 Arzneimittel, übermittelt. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nur nach Rücksprache mit mir		
Mit der Unterschrift dieses Formulars erlaube ich als unterzeichnende Person der Apotheke, während zwei Jahren die Ausführung von Rezepten per Versandhandel. In dieser Zeit teile ich Änderungen meines Gesundheitszustands, wenn möglich, immer mit (v.a. bei Dauerrezepten). Ich wurde über die Wahlfreiheit des Medikamentenbezugs informiert und habe die Information F01 erhalten.		
Datum:	Unterschrift:	

