

Patienteninformationskarte

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 arzneimittelbezogener Daten für die Teilnahme am Versandhandel mit Arzneimitteln in der Apotheke verarbeitet und absolut vertraulich behandelt.

Medikamente werden in der Apotheke abgeholt.

Medikamente per Post schicken.

Name, Vorname:		Gewünschte Lieferadresse:	
Strasse, Haus-Nr.:		Strasse, Haus-Nr.:	
Postleitzahl, Ort:		Postleitzahl, Ort:	
Tel:	Fax:	E-Mail:	
Angaben zum Patienten:			
Geschlecht: w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/>	Gewicht: Grösse:	Geburtsjahr:	Krankenkasse: Versicherungsnummer:
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 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? (z.B. Aspirin Cardio, 100mg, 1x1 Tbl.)			
Name:	Wirkstärke:	Dosierung:	
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 um Rückruf!			
Ich bin damit einverstanden, dass mir anstelle des Originals ein günstiges 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 Campus-Foyer Apotheke übermittelt:			
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nur nach Rücksprache mit mir	
Datum:		Unterschrift (ggf. gesetzlicher Vertreter):	