



Gesundheitsfragebogen

Herr Frau

Name _____
Vorname _____
Straße/Nr. _____
PLZ/Ort _____
E-Mail _____
Telefonnummer _____

Geburtsdatum: _____
Gewicht _____ kg
schwanger ja/nein _____
Ich stille ja/nein _____
Hausarzt _____

Wünschen Sie eine pharmazeutische Beratung hinsichtlich der Wechselwirkungen der Medikamente, die Sie einnehmen, dann benötigen wir von Ihnen weitere Angaben. Diese dienen Ihrer Sicherheit bei der Einnahme der Arzneimittel. Sollte wegen Ihrer Medikation eine Rücksprache mit Ihrem behandelnden Arzt nötig sein, erklären Sie sich hiermit einverstanden, dass die Apotheke mit ihm Kontakt aufnimmt. Diese Angaben erfolgen Ihrerseits **freiwillig**. Sie erklären sich mit der Speicherung der Daten zum Zwecke der pharmazeutischen Beratung einverstanden. Sie können Ihr Einverständnis jederzeit widerrufen und können diese Angaben löschen lassen. Wir geben diese Informationen nicht an Dritte weiter.

Folgende Erkrankungen sind bei mir diagnostiziert worden:

Bezeichnung:	Seit wann?

Welche Arzneimittel nehmen Sie ein?

PZN	Name des Arzneimittels/Stärke	Regelmäßig/ gelegentlich	Dosierung

Ort, Datum

Unterschrift