

# Gesundheitsfragebogen

(freiwillige Angaben)



Versandapotheke meinPharmaversand • Bahnhofstr. 11 • 21614 Buxtehude • Telefon: 041 61 / 99 94 99 • Telefax: 0 41 61 / 55 82 45 • www.meinpharmaversand.de • info@meinpharmaversand.de

Bitte den Fragebogen in Druckbuchstaben ausfüllen, ausdrucken, unterschreiben und zusammen mit dem Bestellschein und Ihren Rezepten einsenden.

Um Sie optimal zu Fragen der Arzneimitteltherapie beraten und arzneimittelbezogene und gesundheitsbezogene Probleme erkennen zu können, bitten wir Sie, uns weitere Daten zu Ihrem Gesundheitszustand und zu Ihrer Medikation zur Verfügung zu stellen. Die Daten werden nur zum Zweck der pharmazeutischen Betreuung genutzt, gespeichert und auf Wunsch gelöscht.

**Meine Daten:**  Frau  Herr

Firma \_\_\_\_\_ Kunden/Nr. (falls vorhanden) \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ Telefon (tagsüber) \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Telefon (abends) \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

**Folgende Erkrankungen sind bei mir diagnostiziert worden: (bitte ankreuzen)**

Asthma  Gicht  Schilddrüsenerkrankung  
 Bluthochdruck  Herz-Kreislauf-Erkrankungen  andere \_\_\_\_\_  
 Diabetes  Lactoseintoleranz \_\_\_\_\_  
 Epilepsie  Magen-Darm-Erkrankungen \_\_\_\_\_

**Folgende Arzneimittel nehme ich ein:**

Nehmen Sie Schmerzmittel?  ja  nein | 
 Nehmen Sie Blutverdünner?  ja  nein | 
 Nehmen Sie Kontrazeptiva (Antibabypille)?  ja  nein

PZN *	Name des Produkts oder Medikaments (evtl. mit Hersteller)	Einnahme		Dosierung
		regelmäßig	gelegentlich	
_____	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
_____	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
_____	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
_____	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

\* 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)

**Mein(e) behandelnde(r) Arzt/Ärztin (für eventuelle Rückfragen):**

Name \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_ Fachgruppe (z.B. Dermatologe) \_\_\_\_\_

**Schwangerschaft/Stillzeit:**

ich bin schwanger  ich stille

**Allgemeine Angaben:**

Größe: \_\_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Ich habe noch Fragen und bitte um Rückruf unter folgender Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_