

Erfassung der Patientendaten im Rahmen des Arzneimittelversandes

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.

Die mit * versehenen Angaben des Patienten müssen zwingend angegeben werden.

*Name, *Vorname:			<input type="checkbox"/> Kind
*Strasse, *Haus-Nr.:			
*Postleitzahl, *Ort:			
*Tel.:	Fax:	E-Mail:	
*Angabe zum Patienten:			
Geschlecht: m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>	Krankenkasse:	Krankenkasse-Versicherungsnummer:	
Gewicht: Grösse:	Bitte eine Kopie der Krankenkassenkarte beilegen	EU-Covercardnummer (20stellige Nummer auf Krankenkassenkarte):	
Geburtsdatum:			
*Erkrankungen:			
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Bronchialasthma	<input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen	
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Allergien, wenn ja welche	
<input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/> Andere Krankheiten, wenn ja welche	
*Bei Frauen im gebärfähigen Alter: Schwangerschaft/Stillzeit			
Sind sie schwanger? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Stillen sie? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
*Welche Arzneimittel nehmen Sie/der Patient regelmäßig ein (Name, Wirkstärke, Dosierung)?: (z. B. Aspirin Cardio 100, 1x1 Tbl.) ¹			
¹ 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 übermittelt:		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nur nach Rücksprache mit mir	
*Datum:	*Unterschrift (ggf. gesetzlicher Vertreter)		

Quelle: KAV, Version2, 24 Mai 2013

Autor : GD/JW

Datum : 4.7.18

Geändert durch:

Datum :

Genehmigt durch: GD Datum : 8.9.18

Version : 1

Referenz: *QualitéSanté/Versandhandel/VH-PO02-FO02 Erfassung der Patientendaten im Rahmen des*

Arzneimittelversandes.docx

Bahnhofstrasse 1 / Postfach 682 / 6440 Brunnen / Telefon 041 820 12 01 / Telefax 041 820 43 58 / ruetli.apotheke@ovan.ch / PC 60-4544-6 / SZKB Brunnen Konto 221904-0715