

GESUNDHEITSBLATT

Der Fragebogen dient Ihrer Sicherheit bei der Einnahme der Arzneimittel. Diese Informationen werden nicht an Dritte weitergegeben. Die Daten werden nur zum Zweck der pharmazeutischen Betreuung genutzt, gespeichert und auf Wunsch gelöscht.

Angaben zu meiner Person:

Name

Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)

Vorname

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen, Zutreffendes ankreuzen, unterschreiben und absenden.

1 Um Sie optimal zu betreuen und in Fragen von Krankheit und Gesundheit effizient beraten zu können, bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten:

- | | | | | |
|--|--------------------------|----|--------------------------|------|
| Leiden Sie hin und wieder an Magen-/Darmstörungen, Blähungen, Durchfall oder Verstopfungen? | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| Kennen Sie das Gefühl, Heißhunger auf etwas Süßes zu haben? | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| Leiden Sie an Hautproblemen, Entzündungen, Allergien, Schuppenflechte oder Neurodermitis? | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| Kennen Sie quälende Schlafprobleme, Ein- oder Durchschlafstörungen, innere Unruhe oder sonstige Stresssymptome, die Ihnen den Schlaf rauben? | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |

2 Weitere folgende Erkrankungen sind bei mir diagnostiziert worden:

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Dialyse | <input type="checkbox"/> Leberfunktionsstörung | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Bronchialasthma | <input type="checkbox"/> Glaukom | <input type="checkbox"/> Magengeschwür | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenüberfunktion |
| <input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa | <input type="checkbox"/> Heuschnupfen | <input type="checkbox"/> Magenschleimhautentzündung | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenunterfunktion |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ I | <input type="checkbox"/> Immunschwäche | <input type="checkbox"/> Morbus Crohn | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ II | <input type="checkbox"/> Koronare Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> Nierenversagen | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Andere: | <input type="text"/> | | |

3 Arzneimittelaufnahme:

Folgende Arzneimittel nehme ich zusätzlich zu den bestellten ein:

PZN*	Bezeichnung/Stärke	Einnahme				
		regelmäßig	gelegentlich	Dosierung		
				früh	mittags	abends
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Die 7-stellige PZN (Pharmazentralnummer) finden Sie auf der Arzneimittelpackung, unterhalb des Strichcodes.

4 Arzneimittelunverträglichkeit:

Bitte nennen Sie uns die Arzneimittel/Stoffe, auf die Sie allergisch reagieren:

- | | | | |
|---|---|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Acetylsalicylsäure | <input type="checkbox"/> Cephalosporine | <input type="checkbox"/> Penicilline | <input type="checkbox"/> Sulfonamide |
| <input type="checkbox"/> Andere: | <input type="text"/> | | |
| <input type="checkbox"/> Allergiepass (Kopie liegt bei) | | | |

5 Schwangerschaft/Stillzeit:

Sind Sie schwanger? ja nein Stillen Sie? ja nein

Ort, Datum

Unterschrift