



Floriani Apotheke

Die Versand-Apotheke schnell & sicher

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 sowie die beiliegende unterzeichnete Einverständniserklärung zur Verfügung zu stellen. Die Angaben sind freiwillig und werden nur im Rahmen Ihrer Einverständniserklärung in der Apotheke verarbeitet.

Name, Vorname:		
Straße, Haus-Nr.:		
Postleitzahl, Ort:		
Tel.:	Fax:	E-Mail:
Angabe zum Patienten:		
Geschlecht: m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>		Geburtsjahr:
Erkrankungen:		
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Erkrankungen
<input type="checkbox"/> Leberinsuffizienz	<input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz	<input type="checkbox"/> Andere, z. B. Allergien
Schwangerschaft/Stillzeit:		
<input type="checkbox"/> ich bin schwanger		<input type="checkbox"/> ich stille
Welche Arzneimittel nehmen Sie regelmäßig ein (Name, Wirkstärke, Dosierung)?: (z. B. ASS 100, 1x1 Tbl.) ¹		
<small>¹ Wir sind gern 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</small>		
Datum:	Unterschrift: (Patient oder Vertreter)	