Erfassung der Patientendaten im Rahmen

des Arzneimittelversandes

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:**

Angaben zum Patienten:

Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich Alter:

Erkrankungen:

☐ Diabetes mellitus ☐ Asthma bronchiale ☐ Herz-Kreislauf-Erkrankungen

☐ Leberinsuffizienz ☐ Niereninsuffizienz ☐ Andere, z. B. Allergien

Schwangerschaft/Stillzeit: ☐ ich bin schwanger ☐ ich stille

Welche Arzneimittel nehmen Sie regelmäßig ein (Name, Wirkstärke, Dosierung)?
(z.B. ASS 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: ☐ ja, bitte Rückruf

_____ _____

Datum **Unterschrift** (Patient oder Vertreter)

vitalix24 – Versandapotheke
Präsenzapotheke:
Park-Apotheke
Zur Stadthalle 2
66663 Merzig

Tel: 01805-8482549
Fax: 01805-8482329
E-Mail: service@vitalix24.com
Internet: www.vitalix24.com

USt-IdNr.: DE 299 177 438
HRA 11766, Amtsgericht Saarbrücken
Bankverbindung:
Deutsche Bank, Saar: DEUTDEDB595
IBAN: DE 20 5907 0070 0606 5056 02

Zertifiziert nach DIN ISO 9001:2008 für Apothekenbetrieb, Beratung und Dienstleistung im Bereich der pharmazeutischen Betreuung und Vorsorge sowie Belieferung von Heimen und Pflegeeinrichtungen