

Gesundheitsdatenblatt

Damit wir Sie in Sachen Arzneimittelsicherheit zuverlässig beraten können sind wir darauf angewiesen, dass Sie den folgenden Gesundheitsfragebogen wahrheitsgetreu ausfüllen. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz. Bitte füllen Sie den Fragebogen auch jedesmal wieder von neuem aus, wenn sich etwas verändert hat.

 Herr FrauSprache D F I E

Name _____

Vorname _____

Strasse, Haus-Nr. _____

PLZ, Ort _____

Geburtsdatum _____

Arbeitgeber _____

Tel. Privat _____

Tel. Geschäft _____

Natel _____

E-Mail _____

Körpergrösse _____

Gewicht _____

Grundversicherung _____

Vers.-Nr. _____

Zusatzversicherung _____

Vers.-Nr. _____

AHV Nummer _____

Leiden Sie an einer der folgenden gesundheitlichen Erkrankung?

 Diabetes Lungenerkrankung Herz-Kreislauf-Erkrankung Nierenerkrankung Bluthochdruck Lebererkrankung Blutgerinnungsstörung Muskelerkrankung Allergien, welche? _____ Andere Krankheiten? _____ Sind Sie schwanger? In welcher Woche sind Sie? _____ Ich stille nicht

Welche Arzneimittel nehmen Sie zusätzlich zu denen auf dem Rezept regelmässig ein
(Name, Wirkstärke, Dosierung) ?

Wir sind gerne bereit Ihnen bei der Aufstellung der Arzneimittel zu helfen.

Wenn Sie möchten melden wir uns telefonisch bei Ihnen.

 Bitte um Rückruf

Sind Sie damit einverstanden, dass wir Ihnen anstelle des Originals ein günstigeres Generikum liefern?

 Ja Nein Nur nach Rücksprache

Ich bin damit einverstanden, dass mein Arzt die ärztliche Verordnung direkt der Apotheke, welche über die Bewilligung zum Versandhandel mit Arzneimittel verfügt, übermittelt.

 Ja Nein Nur nach Rücksprache

Ort, Datum

Unterschrift

Rezept liegt bei (auch für nicht rezeptpflichtige Arzneimittel notwendig).