

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

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. Die mit * versehenen Angaben müssen zwingend angegeben werden.

Name*	_____	Angaben zur Patientin / zum Patient:*	
Vorname*	_____	Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Strasse*, Nr.*	_____	Körpergrösse	_____
PLZ* Ort*	_____	Gewicht	_____
Geburtsdatum	_____	Grundversicherung	_____
Sprache	_____	EU-Karten-Nr.: 80756	_____
Tel. Privat*	_____	Zusatzvers.	_____
Tel. Geschäft	_____	EU-Karten-Nr.: 80756	_____
Mobile/Handy	_____	AHV Nummer:	_____
E-Mail	_____		

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen? *

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Lungenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Muskelerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauferkrankungen | <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen | |
| <input type="checkbox"/> Allergien, welche? | | |
| <input type="checkbox"/> Andere Krankheiten? | | |
| <input type="checkbox"/> Sind Sie schwanger? | Schwangerschaftswoche? ____ | <input type="checkbox"/> Ich stille |

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.*

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

- Ja Nein Nur nach Rücksprache

Ich bin damit einverstanden, dass mein Arzt die ärztliche Verordnung direkt der Apotheke, welche über eine Versandhandelsbewilligung für Arzneimittel verfügt, übermittelt.*

- Ja Nein Nur nach Rücksprache

Rezept liegt bei (auch für nicht rezeptpflichtige Arzneimittel notwendig)

Ort, Datum* _____

Unterschrift* _____

Bitte einsenden an: Apotheke im Rheinpark, Neudorfstrasse 60, 9430 St. Margrethen