

Gesundheitsfragebogen

Liebe Kundin, lieber Kunde,

dieser Gesundheitsfragebogen dient der Sicherheit bei der Einnahme Ihrer Arzneimittel. Die Angaben sind freiwillig und werden von uns nicht an Dritte weitergegeben. Die Daten werden ausschließlich für die pharmazeutische Betreuung genutzt, um Sie bei Bedarf besser informieren und beraten zu können.
Die Daten werden auf Wunsch berichtigt oder gelöscht.

Erkrankungen

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Angina pectoris | <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Lactoseintoleranz | <input type="checkbox"/> Rheuma / Arthrose |
| <input type="checkbox"/> Asthma / chron. Bronchitis | <input type="checkbox"/> Gallensteinleiden | <input type="checkbox"/> Leberfunktionsstörung | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenüberfunktion |
| <input type="checkbox"/> hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> Gastritis | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenunterfunktion |
| <input type="checkbox"/> niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> Gicht | <input type="checkbox"/> Nierenfunktionsstörung | <input type="checkbox"/> Ulcus |
| <input type="checkbox"/> Darmentzündung | <input type="checkbox"/> Glaukom | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Diabetes Typ I | <input type="checkbox"/> Herzschwäche | <input type="checkbox"/> Parkinson | |
| <input type="checkbox"/> Diabetes Typ II | <input type="checkbox"/> Heuschnupfen | <input type="checkbox"/> Prostatahyperplasie | |

Arzneimittel

Folgende Arzneimittel nehme ich zusätzlich zu den bestellten ein:

PZN	Bezeichnung und Stärke	Einnahme		Dosierung
		regelmäßig	gelegentlich	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Unverträglichkeiten

Bitte geben Sie die Arzneimittel, Stoffe oder Nahrungsmittel an, auf die Sie reagieren.

Sonstiges

- Größe: _____ cm Ich habe einen Allergiepass (Kopie liegt bei)
- Gewicht: _____ kg Ich bin schwanger Ich stille

Name: _____

Adresse: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____