

# PHARM. DIENSTLEISTUNG Patientenangaben



Name	Vorname	geb. am	Alter	Datum	

## Besondere Informationen über die/den Patientin/Patienten

Raucher  NEIN  JA  Stück am Tag

Lebenssituation

Mangelnde Therapietreue

## Auffälligkeiten/Beschwerden (4 Wochen)

Appetitlosigkeit/Schluckbeschwerden	<input type="checkbox"/>	Müdigkeit/Sedierung	<input type="checkbox"/>
Atemprobleme	<input type="checkbox"/>	Muskelkrämpfe	<input type="checkbox"/>
Blaue Flecken	<input type="checkbox"/>	Nasenbluten/Zahnfleischbluten	<input type="checkbox"/>
Durchfall	<input type="checkbox"/>	Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>
Gangstörungen	<input type="checkbox"/>	Schmerz	<input type="checkbox"/>
Gedächtnisstörungen	<input type="checkbox"/>	Schwindel	<input type="checkbox"/>
geschwollene Beine	<input type="checkbox"/>	Sexualstörung	<input type="checkbox"/>
Herzbeschwerden	<input type="checkbox"/>	Sturz	<input type="checkbox"/>
Juckreiz/Hautausschlag	<input type="checkbox"/>	Übelkeit/Erbrechen	<input type="checkbox"/>
Magenbeschwerden/Sodbrennen	<input type="checkbox"/>	Verstopfung	<input type="checkbox"/>

Sonstiges (hier Symptom eintragen):

## Vitalwerte, Laborwerte (falls bekannt/für die Prüfung relevant)

Gewicht [kg]  Größe [m]  Blutdruck  Puls

BMI  HbA1c  Serumkreatinin  LDL

Sonstige:

## Diagnosen 1 Diagnose pro Zeile, liegen keine Diagnosen vor, bitte in die erste Zeile „keine“ eintragen!

von der/dem Patienten/in  von der/dem Ärztin/Arzt  von

## Ggf. beobachtete Auffälligkeiten und Beschwerden im Zusammenhang mit der Medikation

## Erwartungen an die Medikationsberatung/im Vordergrund stehende Probleme: