

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:

