

Patientendaten

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail-Adresse

Stempel der Apotheke

Geburtsdatum: _____

Allergien: _____

männlich ☐

Größe: _____

Gewicht: _____

weiblich ☐

Bauchumfang: _____

BMI: _____

Raucher: Nein ☐ Ja ☐, _____ Stück pro Tag

Formular	Vorhanden	Bearbeitet	Notizen
Patienteninformation inkl. Datenschutzerklärung			
Medikationsliste der Apotheke (letzte 6 Monate)			
Medikamentenliste des Patienten (Brown Bag)	Von Arztpraxis <input type="checkbox"/> Von Apotheke <input type="checkbox"/> Von Patient <input type="checkbox"/>		
Medikationsplan			
Interaktions-Check			
Reichweitenbestimmung			
Laborwerte			

Diagnosen	Quelle Arzt/Krankenhaus/Patient

Beschwerden/Probleme/Patientenwunsch

Datum: _____

Bearbeiter: _____