

Fax-Nr. der Apotheke: _____

Datum: ____ . ____ . ____

Uhrzeit: ____ : ____ Uhr

Anlagen: _____

Stempel der Apotheke

Sehr geehrte/Sehr geehrter _____

Folgende Probleme sind aufgetreten im Rahmen der Medikationsüberprüfung von

Name, Vorname des Patienten

Geburtsdatum

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Doppelmedikation | <input type="checkbox"/> Unklare Einnahmedauer |
| <input type="checkbox"/> Mögliche Interaktionen | <input type="checkbox"/> Verdacht auf Non-Compliance |
| <input type="checkbox"/> Unklare Dosierungen | <input type="checkbox"/> Beobachtete Nebenwirkungen |
| <input type="checkbox"/> Unklare Einnahmezeitpunkte/Einnahmeintervalle | <input type="checkbox"/> Anwendungsprobleme/Probleme mit der Teilbarkeit |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | |

Weitere Informationen / Vorschläge:

- Kontaktaufnahme bitte so schnell wie möglich
- Bitte Rückmeldung im Laufe des Tages
- Bitte informieren Sie uns möglichst bis zum ____ . ____ . ____
- Zur Information

Ihre Antwort ergänzt die Patientenakte in der Apotheke.

Für Rückfragen stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung und verbleibe mit freundlichen Grüßen!

Bearbeitende Apothekerin/bearbeitender Apotheker: _____

Stellungnahme der verschreibenden Ärztin/des verschreibenden Arztes

Datum

Unterschrift des Arztes

Dokumentation des verantwortlichen Apothekers

Datum

Unterschrift des Apothekers