

Gesundheitsfragebogen

Meine Daten

Vorname:	<input type="text"/>	Tel-Nr.:	<input type="text"/>
Nachname:	<input type="text"/>	Email:	<input type="text"/>
Geburtstag:	<input type="text"/>	Größe:	<input type="text"/> cm Gewicht: <input type="text"/> kg
Straße:	<input type="text"/>	Hausarzt:	<input type="text"/> Tel.-Nr.: <input type="text"/>
PLZ / Ort:	<input type="text"/>	Schwanger?	<input type="checkbox"/> Ich stille: <input type="checkbox"/>

Dieser freiwillig auszufüllende Fragebogen dient Ihrer Sicherheit bei der Einnahme der Arzneimittel. Die darin enthaltenen Informationen werden nicht an Dritte weitergegeben. Vielmehr dienen diese nur zum Zweck der pharmazeutischen Beratung und helfen uns Ihre Medikation auf Wechselwirkungen zu prüfen.

Folgende Krankheiten sind bei mir diagnostiziert worden: (Bitte Zutreffendes ankreuzen)

<input type="checkbox"/> Angina pectoris	<input type="checkbox"/> Glaukom	<input type="checkbox"/> Migräne	<input type="checkbox"/> andere...
<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Multiple Sklerose	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Bronchitis	<input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Diabetes Typ 1	<input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> Parkinson	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Diabetes Typ 2	<input type="checkbox"/> Heuschnupfen	<input type="checkbox"/> Prostatahyperplasie	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/> Rheuma	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Gallenleiden	<input type="checkbox"/> Lebererkrankung	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenüberfunktion	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Gastritis	<input type="checkbox"/> Lactoseintoleranz	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenunterfunktion	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Gicht	<input type="checkbox"/> Magenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ulcus	<input type="text"/>

Arzneimittelunverträglichkeiten / Allergien

<input type="checkbox"/> ACE-Hemmer	<input type="checkbox"/> Bleomycin	<input type="checkbox"/> D-Penicillamin	<input type="checkbox"/> Penicillin	<input type="checkbox"/> andere _____
<input type="checkbox"/> Allopurinol	<input type="checkbox"/> Captopril	<input type="checkbox"/> Goldsalze	<input type="checkbox"/> Phenytoin	
<input type="checkbox"/> Amoxicillin	<input type="checkbox"/> Carbamazepin	<input type="checkbox"/> Humaninsulin	<input type="checkbox"/> Piroxicam	Leiden Sie unter Allergien?
<input type="checkbox"/> Ampicillin	<input type="checkbox"/> Cotrimoxazol	<input type="checkbox"/> Miconazol	<input type="checkbox"/> Streptomycin	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Aspirin (ASS)	<input type="checkbox"/> Daunorubicin	<input type="checkbox"/> Naproxen	<input type="checkbox"/> Thiamazol	<input type="checkbox"/> ja, _____

Arzneimittleinnahme: (Zur Zeit nehme ich folgende Arzneimittel ein)

Nehmen Sie Schmerzmittel?	Nehmen Sie Blutverdünner?	Nehmen Sie Kontrazeptiva (Antibabypille)?
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Artikel.-Nr. / PZN (7-stellige Nr. auf der Packung)	Name des Arzneimittels / Stärke	Einnahme (z.B. regelmäßig, selten, gelegentlich)	Dosierung (z.B. 1x1)

Haben Sie Fragen zu Ihrer Medikation? nein ja, ich bitte um Rückruf unter _____

Einwilligung zur Speicherung arzneimittelbezogener Daten im Rahmen des Arzneimittelversandhandels.

Ich bin darüber informiert, dass die ipill.de Versandapotheke Leistungen anbietet, die die Erkennung und Lösung arzneimittelbezogener und gesundheitsbezogener Probleme beinhalten. Ziel ist es, die Arzneimittelsicherheit zu erhöhen. Dazu wird die Apotheke im Bogen "Erfassung von Patientendaten im Rahmen des Arzneimittelversandes" Angaben zu meiner Medikation erfassen. Dazu gehören Daten zum Gesundheitszustand, zur Anwendung von Arzneimitteln und der Inhalt von Beratungsgesprächen. Diese Daten ermöglichen es, mich optimal zu beraten und bei der Arzneimittelanwendung zu unterstützen. Ich bin darüber informiert, dass ich jederzeit Einsicht in oder schriftlich Auskunft über meine Daten erhalten und selbst entscheiden kann, welche ggf. gelöscht werden sollen. Soweit gesetzliche Vorschriften keine längeren Aufbewahrungsfristen vorsehen, werden meine Daten zehn Jahre nach der letzten Eintragung von der Apotheke gelöscht. Ich bin damit einverstanden, dass meine gesundheitsbezogenen Daten, die Angaben zu meinen Medikamenten sowie die daraus gewonnenen Erkenntnisse in der Apotheke gespeichert und ausschließlich zu oben genannten Zwecken verarbeitet und genutzt werden. Die Daten dürfen dem Personal der Apotheke, das der Schweigepflicht unterliegt, im Rahmen des oben genannten Zweckes mitgeteilt werden. Sofern eine Rücksprache mit dem von mir angegebenen Arzt/Ärztin aufgrund möglicher arzneimittelbezogener Probleme nötig ist, bin ich damit einverstanden, dass mein Apotheker/meine Apothekerin mit diesem Kontakt aufnimmt. Eine Weitergabe meiner Daten an Dritte erfolgt nicht, es sei denn, ich stimme dem ausdrücklich zu. Die Einwilligung erfolgt freiwillig und kann von mir jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

Datum _____ Unterschrift _____