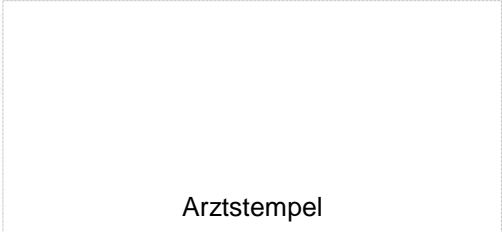

Nachname

Vorname

Geb. Dat.



Arztstempel

Medikations-Erfassungsbogen

Pat. Nummer

Liebe Patienten,

Datum

zur Prüfung Ihrer Arzneimitteltherapiesicherheit füllen Sie bitte den Fragebogen aus und übergeben ihn **direkt** wieder dem Praxisteam. Bitte tragen Sie **alle** Medikamente ein, die Sie zurzeit einnehmen!

Vom Arzt / von Ärztin verordnete Medikamente

| | Namen und Stärke des Medikaments | T. = Tablette Tr. = Tropfen I. E. = Einheiten | Anzahl | | | | | Erkrankung |
|----|----------------------------------|---|---------|---------|--------|-----------|------------|------------|
| | | | morgens | mittags | abends | zur Nacht | bei Bedarf | |
| 1. | | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | | |
| 4. | | | | | | | | |
| 5. | | | | | | | | |
| 6. | | | | | | | | |
| 7. | | | | | | | | |
| 8. | | | | | | | | * |

* Falls mehr als 8 Medikamente eingenommen werden, bitte 2. Bogen verwenden!

Selbst in der Apotheke gekaufte Medikamente wie ASS, Aspirin, Paracetamol u.a.

| | | | | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1. | | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | | |

Selbst in der Apotheke gekaufte pflanzliche Medikamente wie Johanniskraut u.a.

| | | | | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1. | | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | | |

Haben Sie eine Allergie oder Arzneimittelunverträglichkeit ?

- Ja, gegen _____
- Nein