



Ihre deutsche Versand- und regionale Zustellapotheke

**Postapotheke-Euskirchen.de**

preisgünstig + zuverlässig + schnell

**Kundenservice**

Telefon: 0 22 51 / 77 96 60

Fax: 0 22 51 / 77 96 61

E-Mail: info@postapotheke-euskirchen.de

Internet: www.postapotheke-euskirchen.de

**Post Apotheke**  
**Oststraße 1-5**  
**53879 Euskirchen**

**Hier Kundenkennung eintragen** (falls vorhanden)

\_\_\_\_\_

Vorname

Nachname

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort

# Arzneimittel-Check

Falls wir bei der Überprüfung der Medikation ein Risiko erkennen, melden wir uns umgehend telefonisch oder schriftlich bei Ihnen.

**1) Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?**

Meine Angaben finden Sie in der unten stehenden Tabelle.

(Achtung! Bitte füllen Sie auch bei veränderter Medikation die Tabelle wieder vollständig aus!)

Meine Angaben liegen Ihnen bereits vor. An diesen hat sich nichts geändert. (Dann weiter zur Unterschrift)

PZN (falls zur Hand)	Name des Medikamentes (Bitte tragen Sie hier alle Medikamente ein, die Sie derzeit einnehmen (auch Medikamente, die Sie nicht bei der Post-Apotheke bestellt haben sowie rezeptfreie Medikamente.)	Anzahl Einheiten (Tabletten, Tropfen, Spritzen...)					Mir wurde dieses Medikament erstmalig verordnet	Gegen welche Erkrankung nehmen Sie das Medikament ein?
		Nur bei Bedarf	Bei täglicher Einnahme (Menge & Einheit)					
			morgens	mittags	abends	zur Nacht		
00000000	z.B.: Metformin Musterfirma 500 mg	<input type="checkbox"/>	1 Tab.		1 Tab.		<input checked="" type="checkbox"/>	Diabetes
		<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	

**2) Haben Sie eine Allergie oder Arzneimittelunverträglichkeit?**

Ja, gegen \_\_\_\_\_

Nein

**3) Sind Sie schwanger?**

Ja, ich bin schwanger seit \_\_\_\_\_

Nein

Bitte nicht vergessen!  Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_