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: post@post-apo-eu.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	☐	1 Tab.		1 Tab.		☒	Diabetes
		☐					☐	
		☐					☐	
		☐					☐	
		☐					☐	
		☐					☐	
		☐					☐	
		☐					☐	
		☐					☐	
		☐					☐	
		☐					☐	
		☐					☐	
		☐					☐	
		☐					☐	

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:** _____

Ihr Vertragspartner: Post Apotheke Euskirchen, Oststraße 1-5, 53879 Euskirchen.
Post Apotheke schützt Ihre gespeicherten personenbezogenen Daten nach den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes.