

## Gesundheitsdatenblatt

Damit wir Sie in Sachen Arzneimittelsicherheit zuverlässig beraten können sind wir darauf angewiesen, dass Sie den folgenden Gesundheitsfragebogen wahrheitsgetreu ausfüllen. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz. Bitte füllen Sie den Fragebogen auch jedesmal wieder von neuem aus, wenn sich etwas verändert hat.

 Herr  FrauSprache  D  F  I  E

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Strasse, Haus-Nr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Tel. Privat \_\_\_\_\_

Tel. Geschäft \_\_\_\_\_

Natel \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Körpergrösse \_\_\_\_\_

Gewicht \_\_\_\_\_

Grundversicherung \_\_\_\_\_

Vers.-Nr. \_\_\_\_\_

Zusatzversicherung \_\_\_\_\_

Vers.-Nr. \_\_\_\_\_

AHV Nummer \_\_\_\_\_

### Leiden Sie an einer der folgenden gesundheitlichen Erkrankung?

 Diabetes  Lungenerkrankung  Herz-Kreislauf-Erkrankung  Nierenerkrankung Bluthochdruck  Lebererkrankung  Blutgerinnungsstörung  Muskelerkrankung Allergien, welche? \_\_\_\_\_ Andere Krankheiten? \_\_\_\_\_ Sind Sie schwanger? In welcher Woche sind Sie? \_\_\_\_\_  Ich stille nicht

Welche Arzneimittel nehmen Sie zusätzlich zu denen auf dem Rezept regelmässig ein  
(Name, Wirkstärke, Dosierung) ?

---

---

---

Wir sind gerne bereit Ihnen bei der Aufstellung der Arzneimittel zu helfen.

Wenn Sie möchten melden wir uns telefonisch bei Ihnen.

 Bitte um Rückruf

Sind Sie damit einverstanden, dass wir Ihnen anstelle des Originals ein günstigeres Generikum liefern?

 Ja  Nein  Nur nach Rücksprache

Ich bin damit einverstanden, dass mein Arzt die ärztliche Verordnung direkt der Apotheke, welche über die Bewilligung zum Versandhandel mit Arzneimittel verfügt, übermittelt.

 Ja  Nein  Nur nach Rücksprache

---

**Ort, Datum**

---

**Unterschrift**

Rezept liegt bei (auch für nicht rezeptpflichtige Arzneimittel notwendig).