

PHARMAZEUTISCHEN MEDIKATIONSANALYSE



Sehr geehrte/r Kund:in,

Patient:innen mit Polymedikation (das bedeutet fünf oder mehr Arzneimittel in der Dauermedikation) haben Anspruch auf eine pharmazeutische Prüfung der Gesamtmedikation alle 12 Monate oder bei Umstellung der Medikation.

Wir bitten Sie, vorab den folgenden Fragebogen auszufüllen, sodass wir eine bessere Einschätzung Ihrer Medikation erhalten. Vielen Dank!

Ihr Team der **STAUFEN APOTHEKE** und der **APOTHEKE IM GESUNDHEITZENTRUM**

Ihr Termin für die Medikationsanalyse: _____

Ihr Termin findet statt in der (bitte ankreuzen):

- STAUFEN APOTHEKE, Martinstorplatz 4**
- APOTHEKE IM GESUNDHEITZENTRUM, Siemensstraße 12**

Einige Gewohnheiten, Umstände oder Lebensmittel können Einfluss auf Ihre Medikamente haben. Daher bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten:

1. Name und Geburtsdatum: _____
2. Krankenkasse und Versicherungsnummer: _____
3. Körpergröße und Körpergewicht: _____
4. Blutdruck durchschnittlich: _____/_____mmHg, Puls durchschnittlich: _____/min
5. Rauchen Sie? Ja Nein
Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag? _____
6. Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Ja Nein
Wenn ja, wie oft und wie viel pro Woche? _____
7. Trinken Sie Kaffee oder andere koffeinhaltige Getränke? Ja Nein
Wenn ja, wie oft und wie viel pro Tag? _____
8. Trinken Sie Grapefruitsaft? Ja Nein
Wenn ja, wie oft und wie viel? _____

9. Liegen körperliche Besonderheiten vor? Bitte ankreuzen:

- Dialysepflicht Ernährungssonde Stoma Dauerkatheter
 Künstliche Herzklappe Schwangerschaft Sonstiges, bitte angeben: _____
-

10. Achten Sie auf Ihre Ernährung? Gibt es Lebensmittel, die Sie bewusst meiden oder konsumieren?

11. Bewegen Sie sich regelmäßig? Treiben Sie Sport? _____

12. Haben Sie Allergien oder Unverträglichkeiten gegen Arzneimittel/ Lebensmittel?

- Ja Nein

Wenn ja, bitte genaue Angabe: _____

13. Beschreiben Sie kurz Ihren Tagesablauf - geben Sie an, wann Sie die folgenden Dinge meistens tun:

Aufstehen _____ Uhr // Frühstück _____ Uhr // Mittagessen _____ Uhr //

Zwischenmahlzeit

Nachmittag _____ Uhr // Abendessen _____ Uhr // Schlafen gehen _____ Uhr

Ergänzende Hinweise zum Tagesablauf _____

FRAGEN ZUR MEDIKATION

13. Wie gut informiert fühlen Sie sich rund um Ihre Medikamente? Bitte ankreuzen, was am ehesten zutrifft:

- Ich fühle mich sehr gut informiert Ich fühle mich gut informiert
 Ich fühle mich mittelmäßig informiert Ich fühle mich überhaupt nicht informiert

14. Haben Sie konkrete Fragen zu Ihren Medikamenten? _____

15. Haben Sie Hilfe beim Umgang mit Ihren Arzneimitteln? Zum Beispiel durch einen Pflegedienst, Angehörige, Nachbarn etc. Ja Nein

16. Wo und wie lagern Sie Ihre Arzneimittel? (zB. auf dem Fensterbrett im Bad, im offenen Regal im Wohnzimmer)

17. Füllen Sie Ihre Arzneimittel im Voraus in Wochendosetten/ Arzneimittelkästchen um?

Ja

Nein

Wenn ja, wie viele Tage im Voraus? _____

18. Wenn Sie Tabletten teilen müssen: wie gehen Sie vor? Für wie viele Tage im Voraus teilen Sie

Ihre Tabletten? _____

19. Fällt Ihnen das Schlucken der Tabletten manchmal schwer, z.B. weil diese groß sind oder Sie ein trockenes Gefühl im Mund haben? Ja Nein

20. Gibt es Beschwerden, für die Sie einen Zusammenhang mit Ihren Medikamenten vermuten?

21. Gibt es Tage, an denen Sie vergessen, Ihre Medikamente zu nehmen? Ja Nein Manchmal

FOLGENDE SYMPTOME SIND IN DEN LETZTEN VIER WOCHEN VERSTÄRKT AUFGETRETEN:

	Ja	Nein
Schlafstörungen		
Schwindel		
Sturz		
Appetitlosigkeit		
Schluckbeschwerden		
Übelkeit und/oder Erbrechen		
Magenbeschwerden		
Sodbrennen		
Verstopfung		
Durchfall		
Atemprobleme		
Herzbeschwerden		
Geschwollene Beine		
Nasen- und/oder Zahnfleischbluten		
Blaue Flecken		
Juckreiz und/oder Hautausschlag		
Trockene Augen		
Sonstiges (bitte hier eintragen)		

UNSERE CHECKLISTE

DIESE DINGE SOLLTEN SIE ZUM GESPRÄCHSTERMIN MITBRINGEN:

- alle verordneten Medikamente inkl. Augentropfen, Salben/ Cremes, Medikamente zum Inhalieren
- alle rezeptfreien und pflanzlichen Produkte, Vitamine und Mineralstoffe inklusive Drogerieartikel, die Sie regelmäßig anwenden
- Anwendungspläne und Dosierungsanweisungen
- den ausgefüllten Aufnahmebogen, den Sie von uns erhalten haben

Bei kühlpflichtigen Arzneimitteln reicht die genaue Arzneimittelbezeichnung oder der Beipackzettel.

Sofern Sie aktuelle Laborbefunde, Arztbriefe oder Briefe aus dem Krankenhaus haben, bringen Sie diese ebenfalls mit. Dies alles hilft uns, Ihre Arzneimitteltherapie zu verstehen.

Sollten Sie den Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir um kurze telefonische Rückmeldung.

Bei Fragen oder Unklarheiten können Sie sich jederzeit an uns wenden.

Datum

Unterschrift

Siemensstraße 12
88239 Wangen im Allgäu
Telefon 07522 93 10 77
www.apotheken-wangen.de



Märtinstorplatz 4
88239 Wangen im Allgäu
Telefon 07522 65 85
www.apotheken-wangen.de

