

Rezeptbegleitschein

Bitte füllen Sie den Fragebogen vollständig aus und senden Sie anschliessend das Formular **zusammen mit Ihrer ärztlichen Verordnung** an:

Löwen Apotheke Wil AG, Obere Bahnhofstrasse 45, 9500 Wil

Ihre Angaben werden ausschliesslich für die Geschäftsbeziehung mit der Löwen Apotheke Wil AG verwendet und unterliegen dem Datenschutzgesetz.

Persönliche Angaben	
<input type="checkbox"/> Frau / <input type="checkbox"/> Herr	Sprache <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> E
Name	Vorname
Strasse	Nummer
PLZ	Ort
Geburtsdatum	E-Mail
Telefon	Mobil

Lieferadresse (falls nicht gleich wie Wohnadresse)	
<input type="checkbox"/> einmalig / <input type="checkbox"/> immer	
Name	Vorname
Strasse	Nummer
PLZ	Ort

Krankenkassen- / Versicherungsangaben	
Grundversicherung	Vers.-Nummer
	Kartenummer (80756...)
Zusatzversicherung	Vers.-Nummer
	Kartenummer (80756...)

Darf die Löwen Apotheke, falls notwendig, weitere Informationen beim betreuenden Arzt/Ärztin anfragen? (Einverständniserklärung)
<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
Kontaktangaben des betreuenden Arztes/Ärztin

Dürfen verschriebene Präparate durch günstigere Generika ersetzt werden?
<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> nur nach Rücksprache mit mir

Darf Ihr Arzt die ärztliche Verordnung direkt an uns senden?
<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> nur nach Rücksprache mit mir

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Gesundheitsfragebogen

Um Sie optimal in Fragen der Arzneimitteltherapie beraten und arzneimittel- und gesundheitsbezogene Probleme erkennen zu können, benötigen wir weitere Daten zu Ihrem Gesundheitszustand und Ihrer Medikation.

Die Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutzgesetz.

Persönliche Angaben	
Name	Vorname
Körpergrösse in cm	Gewicht in kg
Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich / <input type="checkbox"/> weiblich	

Leiden Sie unter einer der folgenden gesundheitlichen Störungen?	
<input type="checkbox"/> Asthma / Atemwegsbeschwerden	<input type="checkbox"/> Magen- / Darmleiden
<input type="checkbox"/> Blutgefässleiden / Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Muskelerkrankungen
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Nierenleiden / Dialysebehandlung
<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Psychische Störungen, Depressionen, etc.
<input type="checkbox"/> Herzleiden / Kreislaufbeschwerden	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen
<input type="checkbox"/> Hoher Augen Druck	<input type="checkbox"/> Schlafstörungen
<input type="checkbox"/> Leber- / Gallenleiden	<input type="checkbox"/> Andere _____

Bestehen Unverträglichkeiten oder Allergien?	
<input type="checkbox"/> Aspirin / Acetylsalicylsäure	<input type="checkbox"/> Penicillin
<input type="checkbox"/> Sulfonamide	<input type="checkbox"/> Andere _____
Haben Sie einen Allergiepass? <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> ja, bitte Kopie mitsenden	

Angaben zu Schwangerschaft und Stillzeit (falls weiblich)
Besteht eine Schwangerschaft? <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> ja, erwarteter Geburtstermin _____
Stillen Sie? <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> ja

Welche Arzneimittel nehmen Sie zusätzlich zu denen auf Ihrem Rezept ein? (auch Selbstgekaufte)

Ort, Datum _____ Unterschrift _____