

PATIENTEN- INFORMATION

Stempel der Apotheke

Medikationscheck

Unser Service für Ihre Arzneimittelsicherheit!

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

haben sich bei Ihnen über die Jahre zahlreiche Medikamente in der Hausapotheke angesammelt und Sie wissen gar nicht mehr so genau, welche noch zu verwenden sind und gegen welche Krankheiten diese wirken? Vielleicht befürchten Sie auch, dass sich einige dieser Arzneimittel nicht mit Ihren Medikamenten, die Sie regelmäßig einnehmen müssen, vertragen?

Wir bieten Ihnen an, Ihre gesamten Medikamente zu überprüfen:

- auf mögliche Wechselwirkungen untereinander
- auf mögliche Nebenwirkungen
- auf ihre Haltbarkeit

Wir beraten Sie gerne zu allen Fragen rund um Ihre Arzneimittel:

- Dosierung
- Einnahme (wann, wie oft, vor – mit – nach dem Essen)
- Lagerung
- Anwendungshinweise

Was benötigen wir von Ihnen?

Bringen Sie uns alle Ihre Arzneimittel und Nahrungsergänzungsmittel in einer Tüte in die Apotheke. Falls Sie von Ihrem Arzt auch einen Plan zur Einnahme Ihrer Dauermedikamente bekommen haben, stellen Sie uns diesen bitte ebenfalls zur Verfügung. Sie erhalten Ihre Arzneimittel sofort nach Bestandsaufnahme wieder zurück. Dann möchten wir kurzfristig einen Termin für ein Beratungsgespräch absprechen, bei dem wir Ihnen das Ergebnis unseres Checks mitteilen.

Der Check beinhaltet:

Prüfung auf mögliche Wechselwirkung der Präparate, einschließlich der Nahrungsergänzungsmittel, Vitaminpräparate und weiterer Mittel, die nicht in der Apotheke bezogen wurden, Verfallscheck der mitgebrachten Arzneimittel, Qualitätsprüfung der angebrochenen Arzneimittel, Unterstützung und Beratung bei Anwendungsproblemen, Eintrag der Medikamente in Ihren persönlichen Medikationsplan, schriftliche Auswertung, eine Kundenkarte.

EINVERSTÄNDNIS- ERKLÄRUNG

Name, Vorname _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Wohnort _____

Telefon _____

Geburtsdatum _____

Krankenkasse _____

Hausarzt _____

Datenschutzerklärung

Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten und die Angaben zu meinen Arzneimitteln, zu gesundheitlichen Problemen oder Erkrankungen sowie Inhalte des Beratungsgesprächs elektronisch auf Datenträgern gespeichert werden. Mir wurde bestätigt, dass es den mit der Datenspeicherung beschäftigten Personen untersagt ist, meine Daten an Dritte weiterzugeben oder Dritten zugänglich zu machen. Ich habe nach dem Bundesdatenschutzgesetz das Recht, jederzeit über die gespeicherten Daten unentgeltlich Auskunft zu bekommen und diese berichtigen, sperren oder löschen zu lassen. Ich bin einverstanden, dass meine Daten im Rahmen des Pilotprojektes „ATHINA – Arzneimitteltherapiesicherheit in Apotheken“ der Apothekerkammer Nordrhein unter einem Pseudonym zur Auswertung weitergegeben werden. So kann niemand mehr die Daten meiner Person zuordnen. Aus einer Veröffentlichung der Untersuchungsergebnisse wird nicht hervorgehen, wer an dieser Untersuchung teilgenommen hat. Meine persönlichen Daten unterliegen dem Datenschutzgesetz.

- Ich bin damit einverstanden, dass der mich betreuende Apotheker direkten Kontakt mit meinem Haus- oder Facharzt aufnimmt, sofern im Rahmen dieses Medikationschecks dringende medizinisch-pharmazeutische Fragen zu klären sind.

Ort, Datum

Unterschrift