

Gesundheitsangaben

Um Sie optimal in Fragen der Arzneimitteltherapie beraten und arzneimittel- und gesundheitsbezogene Probleme erkennen zu können, müssen Sie uns weitere Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand und zu Ihrer Medikation beantworten. Ihre Daten werden streng vertraulich und dem Datenschutzgesetz unterliegend behandelt.

Senden Sie uns bitte das ausgefüllte und unterschriebene Formular zusammen mit Ihrer Bestellung per Post oder eingescannt per Mail zu.

Alle Felder sind obligatorisch auszufüllen.

Persönliche Angaben

Name

Vorname

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Geburtsdatum

Tel. Nummer

Gewicht

Grösse

Leiden Sie unter einer Erkrankung?

☐ Nein

☐ Asthma / Atemwegserkrankung

☐ Lebererkrankungen

☐ Bluthochdruck

☐ Muskelerkrankungen

☐ Blutgerinnungsstörung

☐ Nierenerkrankungen

☐ Diabetes

☐ Pollenallergie

☐ Herz- / Kreislauferkrankungen

☐ Schilddrüsenerkrankungen

☐ Hoher Augendruck

☐ andere.....

Leiden Sie unter Allergien?

☐ Nein

☐ Aspirin/ Acetylsalicylsäure

☐ Penicillin

☐ andere.....

Schwangerschaft/ Stillzeit

☐ Nein

☐ Ich bin schwanger → Errechneter Geburtstermin:.....

☐ Ich stille

Welche Medikamente / Arzneimittel (auch freiverkäufliche) nehmen Sie regelmässig ein?
(Name, Wirkstärke und Dosierung; z.B. Aspirin cardio 100mg 1x täglich morgens 1 Tablette)

Datum

Unterschrift

Bitte informieren Sie uns, wenn sich bei den von Ihnen oben erwähnten Angaben etwas ändern sollte.

Bitte schicken Sie dieses Formular per Post oder eingescannt per Mail an:

Bollwerk Apotheke AG
Bollwerk 15
3011 Bern

Tel: 031 311 17 31
Fax: 031 311 60 52
info@bollwerkapotheke.ch