

Gesundheitsangaben (Cannabinoide)

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	weiblich	männlich	divers
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-/Kreislaufkrankungen		Schilddrüsenerkrankungen	
Hoher Augendruck		andere _____	
Schmerzen, welche? _____		Krebserkrankung _____	
neuropatische chronische		Chemotherapie Palliativ	
Leiden Sie unter Allergien?		nein	
Aspirin/Acetylsalicylsäure		andere _____	
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 100 mg 1× täglich, morgens 1 Tablette)			

Cannabismedikation/Selbsttherapie: Nennen Sie bitte die Therapie und die Dosierung, die Sie bisher angewendet haben, und eventuell die neue Therapie			

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