

## 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.

<b>Persönliche Angaben</b>	
<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

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

<b>Krankenkassen- / Versicherungsangaben</b>	
Grundversicherung	Vers.-Nummer
	Kartennummer (80756...)
Zusatzversicherung	Vers.-Nummer
	Kartennummer (80756...)

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

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

<b>Darf Ihr Arzt die ärztliche Verordnung direkt an uns senden?</b>	
<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.

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

<b>Leiden Sie unter einer der folgenden gesundheitlichen Störungen?</b>	
<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 Augendruck	<input type="checkbox"/> Schlafstörungen
<input type="checkbox"/> Leber- / Gallenleiden	<input type="checkbox"/> Andere _____

<b>Bestehen Unverträglichkeiten oder Allergien?</b>	
<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	

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

<b>Welche Arzneimittel nehmen Sie zusätzlich zu denen auf Ihrem Rezept ein?</b> (auch Selbstgekauft)	
_____	
_____	
_____	
_____	
_____	
_____	

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_