



Neue - Stadtapotheke

Unser Team für Ihre Gesundheit.



Scheffel - Apotheke

Medikationsanalyse

Datum: _____

Für Frau/Herrn: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Hausarzt: _____

Fachärzte: _____

Körpergröße: _____ cm Gewicht: _____ kg

Laborwerte: ja / nein BMI: _____ Kreatinin-Clearance: _____

Aktueller Medikationsplan vorhanden: ja / nein

Diagnosen: _____

Hiermit beauftrage ich die o. a. Apotheke(n) eine Medikationsanalyse für mich durchzuführen!
Die Kosten für die Medikationsanalyse mit einem Erstgespräch und einem Auswertungsgespräch betragen 70,--Euro.

Mit meiner Unterschrift entbinde ich die ausführende(n) Apotheker / den Apotheker von seiner Schweigepflicht gegenüber meinen behandelnden Ärzten und erlaube ausdrücklich gegebenenfalls eine persönliche oder telefonische Kontaktaufnahme mit den behandelnden Ärzten und entbinde auch die angefragten Ärzte von ihrer Schweigepflicht gegenüber der Apothekerin/dem Apotheker!

Datum: _____

Unterschrift Patient oder Bevollmächtigter: _____