

Das Ausfüllen des Fragebogens ist freiwillig. Alle Angaben unterliegen dem Datenschutz.

Leiden Sie unter einer der folgenden gesundheitlichen Beschwerden?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> Herzbeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Magen-/Darmleiden |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> hoher Augendruck | <input type="checkbox"/> andere: <input type="text"/> |

Dürfen die verschriebenen Originalpräparate durch Generika ersetzt werden?

- ja, falls pharmazeutisch sinnvoll nein je nach Fall

Bestehen Unverträglichkeiten oder Allergien?

- Penicillin Sulfonamide Aspirin
- andere:

Welche Medikamente benötigen Sie zusätzlich zu jenen auf Ihrem Rezept?

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Falls «ja», erwartetes Geburtsdatum des Kindes

Stillen Sie? ja nein

Ihre Körpergröße cm

Ihr aktuelles Gewicht kg

Alter Jahre

Datum Unterschrift _____