

Polymedikations-Check

Name	Vorname	Pat.-Nr.
Str.	Ort	Tel.

Der Patient/die Patientin nimmt zurzeit täglich 4 oder mehr Medikamente auf ärztliche Verordnung und über längere Zeit (mind. 3 Monate) ein

Der Patient/die Patientin ist einverstanden, dass der Apotheker/die Apothekerin einen Polymedikations-Check macht

Geburtsdatum ____ / ____ / ____ Geschlecht männlich weiblich

1. Check Zeit Beginn: ____ . ____ Uhr

	Aktuelle Medikamente auf ärztliche Verordnung) (dieser Check basiert auf Informationen des Patienten und/oder auf Dokumentationen der Apotheke) Fortsetzung auf Blatt 2	Abklärung Bedarf für Beratung zur Anwendung dieses Medikamentes		Vergessen Sie manchmal dieses Medikament einzunehmen?	Kommentare & weitere Angaben (bei Bedarf Fortsetzung auf Rückseite)
		Wissen, wie	Wissen, weshalb		
1	Name/ Stärke / Galenische Form neu ? <input type="checkbox"/>	Beratung ? <input type="checkbox"/>	Beratung ? <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Beratung ? <input type="checkbox"/>	
2	Name/ Stärke / Galenische Form neu ? <input type="checkbox"/>	Beratung ? <input type="checkbox"/>	Beratung ? <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Beratung ? <input type="checkbox"/>	
3	Name/ Stärke / Galenische Form neu ? <input type="checkbox"/>	Beratung ? <input type="checkbox"/>	Beratung ? <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Beratung ? <input type="checkbox"/>	
4	Name/ Stärke / Galenische Form neu ? <input type="checkbox"/>	Beratung ? <input type="checkbox"/>	Beratung ? <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Beratung ? <input type="checkbox"/>	
5	Name/ Stärke / Galenische Form neu ? <input type="checkbox"/>	Beratung ? <input type="checkbox"/>	Beratung ? <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Beratung ? <input type="checkbox"/>	
6	Name/ Stärke / Galenische Form neu ? <input type="checkbox"/>	Beratung ? <input type="checkbox"/>	Beratung ? <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Beratung ? <input type="checkbox"/>	
7	Name/ Stärke / Galenische Form neu ? <input type="checkbox"/>	Beratung ? <input type="checkbox"/>	Beratung ? <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Beratung ? <input type="checkbox"/>	
8	Name/ Stärke / Galenische Form neu ? <input type="checkbox"/>	Beratung ? <input type="checkbox"/>	Beratung ? <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Beratung ? <input type="checkbox"/>	
9	Name/ Stärke / Galenische Form neu ? <input type="checkbox"/>	Beratung ? <input type="checkbox"/>	Beratung ? <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Beratung ? <input type="checkbox"/>	

Selbstmedikation Ja Nein Aufstufung mit Dosierung

Kommentare / Fortsetzung auf Rückseite

2. Beratung

Beratung zur Handhabung

3. Empfehlungen

<input type="checkbox"/> Wochen-Dosiersystem durch den Apotheker	Patient/in ist einverstanden Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Kommentare:
<input type="checkbox"/> Bedarf intensivierte Compliance-Unterstützung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Bedarf Wiederholung Check in Monaten	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Weiterleitung an Arzt/andere Fachperson	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	NAME _____ Tel _____

Bedarf vertiefte Analyse (z.B. Wechselwirkungen, Nebenwirkungen, Duplikationen)

Datum: ____ / ____ / ____ Zeit Ende: ____ . ____ Uhr Stempel Apotheke /Unterschrift Apotheker/in:

Unterschrift Patient/in