

# Legende und Wegleitung

## Polymedikations-Check



Name <b>A</b>	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 <b>B</b>	Abklärung Bedarf für Beratung zur Anwendung dieses Medikamentes		Vergessen Sie manchmal dieses Medikament einzunehmen? <b>F</b>	Kommentare & weitere Angaben (bei Bedarf Fortsetzung auf Rückseite)
		Wissen, wie <b>D</b>	Wissen, weshalb <b>E</b>		
1	Name/ Stärke / Galenische Form neu ? <input type="checkbox"/> <b>C</b>	Beratung ? <input type="checkbox"/> <b>D</b>	Beratung ? <input type="checkbox"/> <b>E</b>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <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"/>	
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"/>	
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"/>	
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"/>	
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"/>	
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"/>	
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"/>	
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"/>	

Selbstmedikation Ja  Nein  Aufistung mit Dosierung

**G**

Kommentare / Fortsetzung auf Rückseite

A	Die 2 obersten, farbig hinterlegten Zeilen könnten bei einer Evaluation abgetrennt werden (Anonymisierung wäre möglich).
B	Nur ärztlich verordnete Medikamente werden hier aufgelistet; Selbstmedikation wird separat erfasst (G).
C	„Neu“ = Therapiestart, neue Dosis, galen. Form oder neue Dosierung (Exakte Angaben hierzu auf gleicher Zeile unter „Kommentar“).
D	Vermerk der Dosierung: z.B. 1-0-1-0, gemäss Angabe des Patienten, ev. auch „bei Bedarf“. Ankreuzen ob der Patient weitere Beratung benötigt (Details sind unter Abschnitt „2. Beratung“ einzutragen). Verfügt der Patient über ausreichend Wissen bezüglich Anwendung/Dosierung und ist keine Beratung notwendig, bleibt dieses Feld leer.
E	Hier kann die vom Patienten genannte Indikation vermerkt werden. Durch ankreuzen bei „Beratung ?“ wird dokumentiert, ob hierzu weitere Beratung geleistet wurde (Details sind unter „2. Beratung“ einzutragen).
F	Hier werden im Check erfasste Angaben dokumentiert. Anweisungen zu „Beratung“ oder „Empfehlungen“ sind unter Punkt 2. bzw. 3. einzutragen.

<b>2. Beratung</b>		<b>H</b>
<input type="checkbox"/> Beratung zur Handhabung		<b>I</b>
<b>L</b>	<b>3. Empfehlungen</b>	Patient/in ist einverstanden
<b>M</b>	<input type="checkbox"/> Wochen-Dosiersystem durch den Apotheker	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
<b>N</b>	<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"/>
	<input type="checkbox"/> Bedarf vertiefte Analyse (z.B. Wechselwirkungen, Nebenwirkungen, Duplikationen)	NAME _____ Tel _____
	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	
Datum: ____ / ____ / _____ Zeit Ende: ____ . ____ Uhr		Stempel Apotheke /Unterschrift Apotheker/in:
Unterschrift Patient/in		

H	Details zum im Abschnitt „1. Check“ erfassten Beratungsbedarf wird hier stichwortartig dokumentiert: z.B. 1) Eltroxin vor dem Frühstück nüchtern einnehmen.
I	Handhabungsprobleme hier auflisten, z.B. Tabletten teilen, Anwendung von Augentropfen etc.
K	Kommentare betreffend der Compliance-Unterstützung: z.B. ab wann ein Wochendosiersystem eingesetzt wird etc.
L	Hier sollen die konkreten, mit dem Patienten vereinbarten Handlungen dokumentiert werden.
M	„Intensivierte Compliance-Unterstützung“ z.B. durch SMS-Service oder periodische Kontrolle bezüglich korrekte Handhabung etc.
N	„Vertiefte Analyse“ - Dies betrifft weitergehende Dienstleistungen, die zusätzlich zum PM-Check ausgeführt werden sollten.