



Position 1 B: Kopfschmerzen

HKB a: Beraten und Bedienen der Kundinnen und Kunden

Name / Vorname / Nummer	Datum / Beginn / Ende
.....

Einleitung

Ein Kunde, ca. 40 Jahre möchte etwas anderes als Paracetamol gegen seine Migräne.

Detaillierte Informationen zur Kundensituation

Das Gespräch dauert **rund 20 Minuten** und enthält folgende Punkte (total drei Gespräche Position 1; 45 Minuten):

- **Anliegen/Grund:** Möchte etwas gegen Migräne
- **Identifikation:** Für sich selbst
- **Andere Medikamente / was bereits unternommen wurde:** Keine anderen Krankheiten, keine Medikamente, Paracetamol (1000mg) hat immer geholfen in letzter Zeit nicht mehr
- **Risikosituationen:** Keine Allergien
- **Lokalisierung:** Einseitig, bei Schläfe
- **Intensität/Schmerzskala:** Intensität ist schwierig einzuschätzen, sehr schmerhaft (8)
- **Natur und Art der Beschwerde:** Arzt hat was von Migräne gesagt
- **Dauer:** 1 Tag, wenn das Paracetamol nicht hilft
- **Andere Symptome:** Erträgt kein Licht
- **Andere Krankheiten/Allergien und Therapien:** Keine
- **Verschlimmernende Faktoren:** Licht
- **Verbessernde Faktoren:** Liegen in abgedunkeltem Raum
- **Einwand:** Eine andere Darreichungsform
- **Therapieergänzung (Hinweis: nachfragen, falls Kandidat/in keine Ergänzung vorschlägt):**
- **Präventionsmassnahmen (Hinweis: nicht nachfragen, falls Kandidat/in keine Präventionsmassnahme vorschlägt):**

Benötigte Unterlagen/Materialien

Keine



Position 1 B: Kopfschmerzen

HKB a: Beraten und Bedienen der Kundinnen und Kunden

Name / Vorname / Nummer	Datum / Beginn / Ende
.....

Einleitung

Ein Kunde, ca. 40 Jahre möchte etwas anderes als Paracetamol gegen seine Migräne.

Beobachtungsraster

	Kriterien & Indikatoren	Erwartungen	Beobachtungen
GWP & LINDA AFF	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Anliegen / Grund<input type="checkbox"/> Identifikation<input type="checkbox"/> Andere Medikamente<input type="checkbox"/> Was bereits unternommen wurde<input type="checkbox"/> Risikosituationen<input type="checkbox"/> Lokalisierung<input type="checkbox"/> Intensität/Schmerzskala<input type="checkbox"/> Natur und Art der Beschwerde<input type="checkbox"/> Dauer<input type="checkbox"/> Andere Symptome<input type="checkbox"/> Andere Krankheiten/Allergien und Therapien<input type="checkbox"/> Verschlimmernende / verbesssernde Faktoren		
	Kompetenzabgrenzung / Triage erfolgt korrekt		



Position 1 B: Kopfschmerzen

	Kriterien & Indikatoren	Erwartungen	Beobachtungen
Verkaufshandlung 1. Produkt	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Geeignete Produktauswahl<input type="checkbox"/> Argumentation/Kundennutzen<input type="checkbox"/> Vor- und Nachteile<input type="checkbox"/> Geeignete Galenik	Hinweis: nur das 1. Produkt der Produktauswahl wird beurteilt	
Anwendung 1. Produkt	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Zwingend: Wie<input type="checkbox"/> Zwingend: Wie oft<input type="checkbox"/> Wie lange<input type="checkbox"/> Hinweis auf mögliche Nebenwirkungen<input type="checkbox"/> Dosierungsetikette	Hinweis: nur zu beurteilen bei geeigneter Produktauswahl und nur für das 1. Produkt	
	Einwand Kundin / Kunde	Einwand: Eine andere Darreichungsform	

Position 1 B: Kopfschmerzen

	Kriterien & Indikatoren	Erwartungen	Beobachtungen
Verkaufshandlung 2. Produkt	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Geeignete Produktauswahl <input type="checkbox"/> Argumentation/Kundennutzen <input type="checkbox"/> Vor- und Nachteile <input type="checkbox"/> Geeignete Galenik 	<p>Hinweis: nur das 1. Produkt der Produktauswahl wird beurteilt</p>	
Anwendung 2. Produkt	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Zwingend: Wie <input type="checkbox"/> Zwingend: Wie oft <input type="checkbox"/> Wie lange <input type="checkbox"/> Hinweis auf mögliche Nebenwirkungen <input type="checkbox"/> Dosierungsetikette 	<p>Hinweis: nur zu beurteilen bei geeigneter Produktauswahl und nur für das 1. Produkt</p>	

Position 1 B: Kopfschmerzen

	Kriterien & Indikatoren	Erwartungen	Beobachtungen
Therapieergänzung: Zusatzprodukt	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Zwingend: ohne Nachfrage PEX <input type="checkbox"/> Passende Therapieergänzung (min. 1 Zusatzprodukt) <input type="checkbox"/> Informationen zur Therapieergänzung <input type="checkbox"/> Begründung zur Therapieergänzung 	<p>Hinweis: nachfragen, falls Kandidat/in keine Ergänzung vorschlägt</p> <p>Es wird immer das erstgenannte Zusatzprodukt beurteilt.</p> <p>Zum Beispiel:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Becozym - Burgerstein B-Komplex - Magnesium 	
Präventionsmassnahmen	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Passende Präventionsmaßnahme (min. 1) 	<p>Hinweis: nicht nachfragen, falls Kandidat/in keine Präventionsmaßnahme vorschlägt</p> <p>Zum Beispiel:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kopfwehtagebuch führen - Stressprävention - Atemübungen 	

Position 1 B: Kopfschmerzen

	<input type="checkbox"/> Kriterien & Indikatoren	Erwartungen	Beobachtungen
Abschluss	<input type="checkbox"/> Weitere Bedürfnisse / offene Fragen geklärt <input type="checkbox"/> Nachsorgeangebot <input type="checkbox"/> Abschluss Verkaufshandlung		
Kundenfüh-	<input type="checkbox"/> Empathie / auf Kund/in eingehen <input type="checkbox"/> Kund/in über Arbeitsschritte informieren <input type="checkbox"/> Roter Faden / effiziente Arbeitsweise		
Kundennut-	<input type="checkbox"/> Kundenbedürfnis erfüllt		