



Gesundheitsfragebogen

Dieser Fragebogen dient lediglich Ihrer Sicherheit zur Einnahme der Arzneimittel. Die enthaltenen Informationen werden nicht an Dritte weitergegeben, sondern nur zum Zwecke der pharmazeutischen Betreuung genutzt. Bitte beide Seiten des Fragebogens ausfüllen, unterschreiben und zusammen mit Ihren Rezepten einsenden.

Herr Frau

Vor- und Nachname:

Straße: PLZ: Ort:

Allgemeine Angaben:

Ihre Körpergröße beträgt: cm

Ihr Körpergewicht beträgt: kg

Schwangerschaft/Stillzeit:

Sind Sie schwanger? ja nein

Stillen Sie? ja nein

1) Mein/e behandelnde/r Arzt/Ärztin (für etwaige Rückfragen):

Name: Fachgruppe (z.B.: „Internist“):

Straße: PLZ: Ort: Tel.:

2) Mein/e behandelnde/r Arzt/Ärztin (für etwaige Rückfragen):

Name: Fachgruppe (z.B.: „Urologe“):

Straße: PLZ: Ort: Tel.:

Folgende Krankheiten sind bei mir diagnostiziert worden:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="radio"/> Angina Pectoris | <input type="radio"/> Gastritis | <input type="radio"/> Multiple Sklerose |
| <input type="radio"/> Asthma | <input type="radio"/> Gicht | <input type="radio"/> Niereninsuffizienz |
| <input type="radio"/> Bronchitis | <input type="radio"/> Glaukom | <input type="radio"/> Osteoporose |
| <input type="radio"/> Diabetes Typ1 | <input type="radio"/> Herzinsuffizienz | <input type="radio"/> Parkinson |
| <input type="radio"/> Diabetes Typ2 | <input type="radio"/> Lactose-Intoleranz | <input type="radio"/> Prostatahyperplasie |
| <input type="radio"/> Epilepsie | <input type="radio"/> Leberfunktionsstörung | <input type="radio"/> Rheuma |
| <input type="radio"/> Gallensteinleiden | <input type="radio"/> Magengeschwür | <input type="radio"/> Schilddrüsenüberfunktion |
| <input type="radio"/> Andere: | | |

Arzneimittelunverträglichkeiten/Allergien:

.....
.....



Folgende Arzneimittel nehme ich ein:

Artikel-Nr./PZN (falls bekannt) - (7-stellige Nr. auf der Verpackung, meist neben dem Strichcode) :

Name des Arzneimittels:

Einnahme: *gelegentlich* *regelmäßig*

Dosierung:

Artikel-Nr./PZN (falls bekannt):

Name des Arzneimittels:

Einnahme: *gelegentlich* *regelmäßig*

Dosierung:

Artikel-Nr./PZN (falls bekannt):

Name des Arzneimittels:

Einnahme: *gelegentlich* *regelmäßig*

Dosierung:

Artikel-Nr./PZN (falls bekannt):

Name des Arzneimittels:

Einnahme: *gelegentlich* *regelmäßig*

Dosierung:

Artikel-Nr./PZN (falls bekannt):

Name des Arzneimittels:

Einnahme: *gelegentlich* *regelmäßig*

Dosierung:

Artikel-Nr./PZN (falls bekannt):

Name des Arzneimittels:

Einnahme: *gelegentlich* *regelmäßig*

Dosierung:

Artikel-Nr./PZN (falls bekannt):

Name des Arzneimittels:

Einnahme: *gelegentlich* *regelmäßig*

Dosierung:

Andere:

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit !

Ihre Juvalis - Versandapotheke

(Ort, Datum, Unterschrift)