

Ergebnisbericht und Rücksprache mit dem Arzt „Pharmazeutische Betreuung bei oraler Antitumorthherapie“

Patient/-in

Name/Vorname: _____ / _____

Geburtsdatum: _____ Gesprächsdatum: _____

Sehr geehrte/-r Frau/Herr (Name Arzt/Ärztin)

auf Wunsch Ihrer Patientin / Ihres Patienten habe ich eine Medikationsberatung durchgeführt.

Die Ergebnisse sind zu Ihrer Information in diesem Bericht dokumentiert und sollen Sie in Ihren Therapieentscheidungen unterstützen.

Kurze Skizzierung des Patientengesprächs und der aufgetretenen Probleme:

Probleme		Auffälligkeiten	Durch Apotheke gelöst	Mit Bitte um Prüfung
1. Allgemein	1.1 Abweichungen Medikationsplan/Gespräch mit Patient/-in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Informationsbedarf	2.1 Behandlungsgrund unbekannt 2.2 Anwendung, Darreichungsform (z. B. Teilbarkeit) 2.3 Ungeeignete(s) Dosierung/Dosierungsintervall	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. Auffälligkeiten der Medikation	3.1 (Pseudo-)Doppelmedikation 3.2 Relevante Interaktion 3.3 Ungeeigneter Anwendungszeitpunkt 3.4 Mögliche Nebenwirkungen 3.5 Mangelnde Therapietreue 3.6 Probleme Selbstmedikation (Dosierung, Indikation) 3.7 Mögliche Kontraindikation (Alter, GFR, Geschlecht) 3.8 Ungeeignete Lagerung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. Sonstiges		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rücksprache mit Arzt/Ärztin	<input type="checkbox"/> Zur Kenntnis <input type="checkbox"/> Bitte um Rückruf <input type="checkbox"/> Ich melde mich bei Ihnen <input type="checkbox"/> _____ Name Apotheker/-in: _____ Tel.-Nr. der Apotheke: _____ Name und Anschrift der Apotheke: _____ Datum, Unterschrift: _____			