

Ergebnisbericht und Rücksprache mit dem Arzt „Erweiterte Medikationsberatung bei Polymedikation“

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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 2.2 Anwendung, Darreichungsform (z. B. Teilbarkeit) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 2.3 Ungeeignete(s) Dosierung/Dosierungsintervall | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Auffälligkeiten der Medikation | 3.1 (Pseudo-)Doppelmedikation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 3.2 Relevante Interaktion | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 3.3 Ungeeigneter Anwendungszeitpunkt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 3.4 Mögliche Nebenwirkungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 3.5 Mangelnde Therapietreue | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 3.6 Probleme Selbstmedikation (Dosierung, Indikation) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 3.7 Mögliche Kontraindikation (Alter, GFR, Geschlecht) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 3.8 Ungeeignete Lagerung | <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: _____ | | | |