

Berichtsbogen arzneimittelbezogene Probleme „Pharmazeutische Betreuung bei oraler Antitumorthherapie“

Name Patient/in: _____ Geburtsdatum: _____ Datum: _____ Seite: _____

| Wirkstoffe | Arzneimittelbezogenes Problem | Maßnahme/Lösung | In der Apotheke gelöst | | Rücksprache mit dem Arzt | | Bemerkungen/Nachverfolgung |
|------------|-------------------------------|-----------------|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|----------------------------|
| | | | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| | | | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| | | | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| | | | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| | | | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| | | | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |