

**Arztinformation:  
Erweiterte Einweisung in die korrekte Arzneimittelanwendung  
mit Üben der Inhalationstechnik**

für

\_\_\_\_\_

Name des Patienten

Datum: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte(r) \_\_\_\_\_,

Ihr(e) Patient(in) hat in der

\_\_\_\_\_ (Name der Apotheke) eine erweiterte Einweisung in die korrekte  
Arzneimittelanwendung mit Üben der Inhalationstechnik für das von Ihnen verordnete Salflutin Inhalationsgerät erhalten.  
Dabei wurde Folgendes beobachtet/festgestellt:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Apothekenstempel / Unterschrift