

Standardisierte Risikoerfassung hoher Blutdruck

für

Name des Patienten

Datum: _____

Sehr geehrte(r) _____,

Ihr(e) Patient(in) hat in der

_____ (Name der Apotheke) die pharmazeutische Dienstleistung
„Standardisierte Risikoerfassung hoher Blutdruck“ für ein OMRON-Blutdruckmessgerät erhalten. Dabei wurde Folgendes
beobachtet/festgestellt:

Hinweis: Sollte der/die Patient/-in nicht über ein eigenes Gerät verfügen, kann ein entsprechendes Gerät verordnet werden.

Apothekenstempel / Unterschrift