Arbeitshilfe der Bundesapothekerkammer
zur Qualitätssicherung

**FORMBLATT**

* **Dokumentationsbogen für die Arzneimittel-
information**

Stand der Revision: 28.11.2023

**Leitlinie:**

Arzneimittelinformation in der Apotheke und in Informationsstellen der Apothekerschaft

|  |
| --- |
| **Dokumentationsbogen für die Arzneimittelinformation** |

Seite 1/2
Bitte nicht doppelseitig ausdrucken, um für die Dokumentation den unteren Bereich dieser Seite abtrennen zu können.

|  |
| --- |
| **Arzneimittel, -stoff****bzw. Thema:** |
| **Fragestellung und Hintergrund der Anfrage:** |
| **Profil anfragende Person** |
| Person ohne Vorkenntnisse | **Person mit Vorkenntnissen** | **Arzt/Ärztin** | **Pflegende Person/Angehörige** |  **Andere Apotheke** | **Sonstige** |
| 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |
| **Angabe zum Patienten/zur Patientin:** |
| **Körpergewicht: kg** | **Körpergröße: cm** | **Geschlecht: m 🞏 w 🞏 d 🞏** | **Altersgruppe:**  | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_z.B. 40-50** |
| **Erkrankungen, z. B.:** | **Eingenommene Arzneimittel, z. B.:** |
| **🞏 Diabetes mellitus** | **🞏 Niereninsuffizienz** | **🞏 Antikoagulanzien** | **🞏 Herzkreislaufmittel** |
| **🞏 Herzerkrankung** | **🞏 Leberinsuffizienz** | **🞏 Schmerz-/Rheumamittel** | **🞏 Orale Kontrazeptiva** |
| **🞏 Bluthochdruck** | **🞏 Asthma bronchiale** | **🞏 Antiepileptika** | **🞏 Asthmamittel** |
| **🞏 Sonstiges** |  | **🞏 Sonstiges** |  |
|  |  |  |  |
| **Lebensumstände:**

|  |  |
| --- | --- |
| **🞏 Schwangerschaft** | **🞏 andere:** |
| **🞏 Stillzeit** |  |

 |
| **Wie soll die Antwort übermittelt werden:** **🞏 Persönlich 🞏 Telefon 🞏 E-Mail 🞏 Fax 🞏 Brief 🞏 Sonstiges:** |
| **Bis wann soll die Antwort möglichst vorliegen? 🞏 heute 🞏 morgen 🞏 Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Datum/Uhrzeit:** **✀** | **Name des pharm. Mitarbeitenden:** |
| Aus Datenschutzgründen sind vor der Ablage der Anfrage zur Dokumentation die personenbezogenen Daten des Anfragenden abzutrennen und zu vernichten.**Anfragende Person:** |
| **Straße, Haus-Nr.:** |
| **Postleitzahl, Ort:** |
| **Tel.:** | **Fax:** | **E-Mail:** |
| **Dokumentationsbogen für die Arzneimittelinformation** |

Seite 2/2

|  |
| --- |
| **Bereitgestellte Antwort:** |
| **Quellenangaben:** |
| (insbesondere wenn die Recherche keine oder nur unvollständige Ergebnisse geliefert hat)**Rechercheweg (recherchierte Informationsquellen, Suchbegriffe, Datum):** |
| **Art der Übermittlung:** |
| (sofern dies nicht archiviert wird)**Beigelegtes Informationsmaterial mit Quelle:**  |
| **Bearbeitet von** |  |
| **Name:** | **Datum:** |
| **Übermittelt von** |  |
| **Name:** | **Datum:** |