

| Datenerhebung | | | | | | | | | |
|---|-------------------|----------------------|---|----------------------------------|--|------------------------------|---------------------------|--------|-------------|
| Name: | | Vorname: | | Körpergewicht: | | Größe: | BMI: | Alter: | Geschlecht: |
| Raucher: | | | | Alkohol: | | | | | |
| Krankengeschichte: | | | | | | | | | |
| Sozialanamnese: | | | | | | | | | |
| Aktuelle Beschwerden/Probleme: | | | | | | | | | |
| Medikation | Indikation | Dosierung (Mediplan) | Weiß Patient warum AM ¹ eingenommen wird? Ja / Nein | Compliance Ja / Nein (warum?) | Anwendungsform geeignet? Ja / Nein (warum?) | Nebenwirkungen? Ja / Nein | Andere ABP ² ? | | |
| 1 | Name/Stärke/Form: | | | | | | | | |
| 2 | Name/Stärke/Form: | | | | | | | | |
| 3 | Name/Stärke/Form: | | | | | | | | |
| 4 | Name/Stärke/Form: | | | | | | | | |
| 5 | Name/Stärke/Form: | | | | | | | | |
| 6 | Name/Stärke/Form: | | | | | | | | |
| OTC-Präparate / Komplementärmedikamente /NEM ³ | | | | | | | | | |
| 7 | Name/Stärke/Form: | | | | | | | | |
| 8 | Name/Stärke/Form: | | | | | | | | |

¹Arzneimittel, ²Arzneimittelbezogene Probleme, ³ Nahrungsergänzungsmittel

| Evaluation | | |
|---|---|---|
| Arzneimittelbezogene(s) Problem(e) | Potentielle Lösung(en) im Detail | Durchgeführt von: (Arzt, Patient, Apotheker, Andere, etc.) |
| 1. | | |
| | | |
| | | |
| 2. | | |
| | | |
| | | |
| 3. | | |
| | | |
| | | |
| 4. | | |
| | | |
| 5. | | |
| | | |
| 6. | | |
| | | |

Zusammenfassung

| | |
|--|--|
| Anzahl verschreibungspflichtiger Medikamente: | Anzahl OTC-Präparate, Komplementärmedikamente & NEM ¹ : |
| Probleme identifiziert | <input type="radio"/> Keine Probleme identifiziert |
| <input type="radio"/> Medikamente nicht korrekt eingenommen (nicht-compliant) | <input type="radio"/> Information über Medikamente und / oder Krankheitsbild |
| <input type="radio"/> Probleme mit Anwendungsform | <input type="radio"/> Nebenwirkungen |
| <input type="radio"/> Andere Probleme identifiziert und / oder Notizen: | |
| | |
| Maßnahmen durchgeführt von Apotheker | |
| <input type="radio"/> Information und Rat gegeben | <input type="radio"/> AMK-Berichtsbogen ausgefüllt |
| <input type="radio"/> Patient an Arzt oder andere Gesundheitsdienstleister verwiesen | |
| <input type="radio"/> Andere Maßnahmen und / oder Notizen: | |
| | |
| Verbesserung der Compliance durch Verständnis | |
| <input type="radio"/> warum Medikamente eingenommen werden und wofür | <input type="radio"/> über Nebenwirkungen und dessen Management |
| <input type="radio"/> wann und wie die Medikamente eingenommen werden | <input type="radio"/> über das Krankheitsbild |
| <input type="radio"/> Andere und / oder Notizen: | |
| | |
| Förderung eines gesunden Lebensstils empfohlen | |
| <input type="radio"/> Diät und gesunde Ernährung | <input type="radio"/> Keine Förderung eines gesunden Lebensstils notwendig |
| <input type="radio"/> Bewegung | <input type="radio"/> Rauchen |
| <input type="radio"/> Andere: | <input type="radio"/> Alkohol |
| Weitere Notizen | |
| | |

¹Nahrungsergänzungsmittel