

ARBEITSBOGEN ARZNEIMITTELBERATUNG

Dokumentation von Beratungsgesprächen bei der Abgabe von Arzneimitteln

Verordnung

Arzneimittel:

Selbstmedikation

AM wurde gezielt verlangt

Datum:

Erste Frage des Beratenden:

WISSEN sammeln!

Selbstmedikation

Welche Beschwerden beschreibt der Patient?

Ungefähres Alter des Patienten:

Welche Information zu den Symptomen ist Ihrer Meinung nach die wichtigste?

genaue Beschreibung der Symptome

seit wann sie bestehen

wie häufig sie auftreten

ob weitere Symptome auftreten

Sonstiges:

WISSEN sammeln!

Selbstmedikation / Verordnung

Nimmt der Patient andere Arzneimittel?

ja

nein

Wenn ja, welche Erkrankungen kämen damit infrage?

Arzneimittel

Mögliche Erkrankung

ARBEITSBOGEN ARZNEIMITTELBERATUNG

Dokumentation von Beratungsgesprächen bei der Abgabe von Arzneimitteln

Hat der Patient weitere Erkrankungen? ja nein

Wenn ja, welche:

Ergeben sich dadurch Anwendungsbeschränkungen? ja nein

Wenn ja, welche:

ENTSCHEIDUNG treffen!

Selbstmedikation

Ist eine Selbstmedikation möglich? ja nein Arztverweis

Begründung:

Welche Arzneimittel könnte man empfehlen?

Arzneimittel

Wirkweise

Arzneimittel	Wirkweise
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

Welches Arzneimittel empfehlen Sie?

Begründung:

ENTSCHEIDUNG treffen!

Verordnung

Rezeptkontrolle – sind folgende Daten vorhanden bzw. in Ordnung?

Privatrezept Grünes Rezept Muster 16 BtM-Rezept
 T-Rezept Entlassrezept Isotretinoinrezept BG-Rezept

Gibt es Besonderheiten zu beachten?

ARBEITSBOGEN ARZNEIMITTELBERATUNG

Dokumentation von Beratungsgesprächen bei der Abgabe von Arzneimitteln

<input type="checkbox"/> Arztstempel/Unterschrift	<input type="checkbox"/> Ausstellungsdatum	<input type="checkbox"/> Krankenkasse
Ist aut-idem gekreuzt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Gibt es einen Rabattvertrag?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Befreiung:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Re-Import möglich?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Verordnung plausibel?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein, weil _____
Treten Interaktionen auf?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche?	_____	

INFORMATIONEN geben!

Selbstmedikation / Verordnung

Standarddosierung: _____

Schwangere/Stillende und Kinder: _____

Anwendungshinweise: vor dem Essen nach dem Essen zum Essen unabhängig

Patientenverständliche Erklärung, warum Anwendungshinweise unbedingt beachten werden müssen: _____

Angabe Nebenwirkungen nötig? nein ja: _____

Angabe Warnhinweise nötig? nein ja: _____

Nichtmedikamentöse Hinweise/Zusatzempfehlungen? nein ja: _____

Datum _____ Unterschrift Famulus _____ Kenntnis Ausbilder _____

Landesapothekerkammer Brandenburg | Telefon: 0331-888660 | E-Mail: kammer@lakbb.de | Internet: www.lakbb.de

Der besseren Lesbarkeit und dem allgemeinen Sprachgefühl folgend, verwendet die Landesapothekerkammer Brandenburg für Berufs- und Funktionsbegriffe wie Apotheker, Praktikant usw. einheitlich die geschlechtsneutrale Variante.

(Stand Februar 2020/4)