

Persönliche Daten

Vorname _____

Nachname _____

ich bin Neukunde APONEO- Kundennummer _____

Geschlecht m w Hinweis: Wir benötigen für eine genaue Auswertung Ihr biologisches Geschlecht, weshalb wir hier bewusst auf das diverse Geschlecht verzichten.

Körpergröße in cm _____

Gewicht in kg _____

Geburtsdatum _____

E-Mail Adresse _____

Telefonnummer _____

Schwanger? ja nein Woche _____

Stillend? ja nein Alter des Babys _____

Raucher? ja nein

Sehr geehrte/r Kunde/in,
vielen Dank, dass Sie sich für einen Medikationscheck bei APONEO entschieden haben.

Für eine Medikationsberatung ist es grundlegend wichtig, einen Überblick über Ihre Medikamenteneinnahme und über eventuelle Vorerkrankungen zu haben. Bitte nehmen Sie sich einen Moment Zeit, um diesen Bogen auszufüllen.

Bitte beachten Sie: Je detaillierter und umfangreicher Sie die Angaben auf dem Fragebogen vornehmen, desto besser können wir diesen im Anschluss auswerten und Sie beraten.

Ihre APONEO Apotheker*innen

Ärztlich verordnete Arzneimittel auf Rezept

Arzneimittelname: _____ Darreichungsform: _____

PZN: _____

Dosierung: morgens mittags abends zur Nacht

seit: _____

verschreibender Arzt (inkl. Kontaktdaten): _____

Arzneimittelname: _____ Darreichungsform: _____

PZN: _____

Dosierung: morgens mittags abends zur Nacht

seit: _____

verschreibender Arzt (inkl. Kontaktdaten): _____

Arzneimittelname: _____ Darreichungsform: _____

PZN: _____

Dosierung: morgens mittags abends zur Nacht

seit: _____

verschreibender Arzt (inkl. Kontaktdaten): _____

Arzneimittelname: _____ Darreichungsform: _____

PZN: _____

Dosierung: morgens mittags abends zur Nacht

seit: _____

verschreibender Arzt (inkl. Kontaktdaten): _____

Arzneimittelname: _____ Darreichungsform: _____

PZN: _____

Dosierung: morgens mittags abends zur Nacht

seit: _____

verschreibender Arzt (inkl. Kontaktdaten): _____

Zusätzliche eingenommene Präparate / Nahrungsergänzungsmittel

Präparat: _____ Darreichungsform: _____ PZN: _____
 Dosierung: morgens mittags abends zur Nacht
 Alternative Dosierungseinheit (z.B. EL, TL) _____
 seit: _____

Präparat: _____ Darreichungsform: _____ PZN: _____
 Dosierung: morgens mittags abends zur Nacht
 Alternative Dosierungseinheit (z.B. EL, TL) _____
 seit: _____

Präparat: _____ Darreichungsform: _____ PZN: _____
 Dosierung: morgens mittags abends zur Nacht
 Alternative Dosierungseinheit (z.B. EL, TL) _____
 seit: _____

Präparat: _____ Darreichungsform: _____ PZN: _____
 Dosierung: morgens mittags abends zur Nacht
 Alternative Dosierungseinheit (z.B. EL, TL) _____
 seit: _____

Präparat: _____ Darreichungsform: _____ PZN: _____
 Dosierung: morgens mittags abends zur Nacht
 Alternative Dosierungseinheit (z.B. EL, TL) _____
 seit: _____

Ärztlich diagnostizierte Erkrankungen

Herzkreislaufsystem

Bluthochdruck
 Herzinsuffizienz
 Koronare Herzerkrankung
 Niedriger Blutdruck

Lungenerkrankungen

Asthma
 COPD
 Tuberkulose
 Lungenentzündung

Stoffwechselerkrankungen

Schilddrüsenunterfunktion
 Schilddrüsenüberfunktion
 Fettstoffwechselstörung
 Diabetes Typ 1
 Diabetes Typ 2

Neurologische Erkrankungen

Depression
 Demenz
 Magersucht
 Schlafstörung
 Parkinson

Schmerzen

Arthrose
 Arthritis
 Rheuma
 Migräne

Sonstiges

Adipositas
 Alkoholabhängigkeit
 Long-Covid
 Krebs

Allergien /Unverträglichkeiten (Arzneimittel / NEM / Lebensmittel)

Ärztlich diagnostiziert

Nussallergie
Penicillin
Lactose

Ärztlich diagnostiziert

zusätzliche Beschwerden

Beschwerden:

seit:

leicht

mittel

stark

sehr stark

Ausprägung:

Beschwerden:

seit:

leicht

mittel

stark

sehr stark

Ausprägung:

Beschwerden:

seit:

leicht

mittel

stark

sehr stark

Ausprägung:

Beschwerden:

seit:

leicht

mittel

stark

sehr stark

Ausprägung:

Beschwerden:

seit:

leicht

mittel

stark

sehr stark

Ausprägung:

Ernährungsgewohnheiten

Vegetarier

Veganer

Lactoseintoleranz

Fructoseintoleranz

Wie können wir Ihnen zusätzlich weiterhelfen?

Dokumente im Anhang:

Arztbrief

Entlassbrief

Laborwerte

Medikationsplan

Bitte senden Sie uns den ausgefüllten Bogen zur Bearbeitung zu:
APONEO – Mehr als Apotheke · Plauener Straße 163–165 · 13053 Berlin

VEREINBARUNG ÜBER DIE PHARMAZEUTISCHE DIENSTLEISTUNG (pDL) DER “ERWEITERTEN MEDIKATIONSBERATUNG BEI POLYMEDIKATION“

Zur Inanspruchnahme der nachfolgend beschriebenen pDL wird zwischen dem/der Versicherten und der Apotheke eine Vereinbarung geschlossen. Der wesentliche Inhalt dieser Vereinbarung wird im Folgenden wiedergegeben. Vertragsparteien sind:

Apotheke

APONEO Versandapotheke
Konstantin Primbas e.K.
Plauener Str. 163-165
13053 Berlin

Versicherte*r

Name

Vorname

Anschrift

Die Dienstleistung beinhaltet insbesondere die umfassende Erhebung der Gesamtmedikation sowie darauf aufbauend die pharmazeutische Risikoüberprüfung. Hierdurch sollen mögliche Probleme wie Doppelmedikationen, Interaktionen und Anwendungsprobleme erkannt werden. Bei Problemen werden zur Optimierung der Arzneimitteltherapie Vorschläge entwickelt. Diese werden ggf. mit dem Arzt/der Ärztin und mit dem/der Versicherten besprochen und Lösungen vereinbart. Der/die Versicherte erhält einen aktuellen und risikogeprüften Medikationsplan.

Der/die Versicherte befindet sich in ambulanter, häuslicher Versorgung und nimmt aktuell und voraussichtlich auch über die nächsten 28 Tage mindestens 5 Arzneimittel (verschiedene, ärztlich verordnete, systemisch wirkende Arzneimittel / Inhalativa) in der Dauermedikation ein bzw. wendet diese an. Der/die Versicherte willigt in die Erbringung der pDL ein und bindet sich zur Inanspruchnahme an die als Vertragspartner gewählte Apotheke. Der/die Versicherte sichert zu, die Erbringung der pDL aktiv zu unterstützen und der Apotheke alle dazu erforderlichen Angaben zu machen, insbesondere hinsichtlich der Medikation, der Erkrankungen sowie ggf. relevanter Laborwerte zum Beispiel aus aktuellen Arzt- und Entlassbriefen. Die Angaben des/der Versicherten und seine/ihre Bestätigung der Anspruchsvoraussetzungen, welche bei erstmaliger Erbringung durch Unterzeichnung dieser Vereinbarung und bei wiederholter Erbringung anlässlich der Quittierung erfolgt, sind Grundlage der Erbringung der pDL durch die Apotheke.

Der/die Versicherte kann die Inanspruchnahme der pDL ohne Angabe von Gründen mit sofortiger Wirkung schriftlich (per Post, Telefax, E-Mail) kündigen. Bei einer Kündigung während der Erbringung der pDL kann diese grundsätzlich erst nach Ablauf von 12 Monaten nach Abbruch der Leistung bzw. bei erheblichen Umstellungen (definiert als mindestens 3 neue / andere systemisch wirkende Arzneimittel / Inhalativa innerhalb von 4 Wochen als Dauermedikation) erneut in Anspruch genommen werden. Darüber hinaus besteht für beide Vertragsparteien das Recht zur außerordentlichen Kündigung. Der/die Versicherte bestätigt durch eine weitere Unterschrift den Erhalt der vollständig erbrachten pDL.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Versicherten

ERKLÄRUNG DER ENTBINDUNG VON DER SCHWEIGEPFLICHT

bei Inanspruchnahme der pharmazeutischen Dienstleistung (pDL) der „Erweiterten Medikationsberatung bei Polymedikation“

Der/die Versicherte ist damit einverstanden, dass die angestellten Apotheker*innen der APONEO Apotheke zur Erfassung, Bewertung und Lösung arzneimittelbezogener Probleme (ABP) Rücksprache mit den im Fragebogen „Medikationscheck“ aufgeführten Ärzten*innen halten und den aktualisierten Medikationsplan bzw. die Medikationsübersicht und ggf. weitere relevante Informationen (z. B. mögliche Interventionen/Vorschläge) an diese übermitteln.

In vorgenanntem Umfang werden die Apotheker*innen der APONEO Apotheke und aufgeführten Ärzt*innen im Fragebogen „Medikationscheck“ von ihrer Schweigepflicht gemäß § 203 Absatz 1 Ziffer 1 StGB entbunden.

Ort, Datum, Unterschrift des/der Einwilligenden