

Arzneimittel – Fragebogen

Patient

Patientenetikett ergänzen

Station _____ Aufnahmedatum _____

Antibiotika-Einnahme Nein Ja:
in den letzten 3 Monaten

Arzneimittelallergie Nein Ja:

Arzneimittel		Dosierung				Bei Bedarf	Empfehlung zur stationären Medikation		Arzneimittelrisiko										
Name und Darreichungsform <small>Tabletten / Tropfen / Salbe etc.</small>	Stärke	Morgens	Mittags	Abends	Nachts		A Identisches Arzneimittel gelistet	B Identischer Wirkstoff in anderer Stärke / Darreichungsform gelistet	C Kombinationspräparat: Wirkstoffe nur einzeln gelistet	V Arzneimittel mit vergleichbarem Wirkstoff gelistet	K Keine Krankenhausleistung / gesetzlicher Verordnungsausschluss	S Sonderanforderung: nicht gelistetes Arzneimittel bzw. patientenbezogene Dokumentation erforderlich	Δ! Schwere Interaktion / Kontraindikation	Δ Interaktion: Überwachung notwendig	O vor OP ggf. perioperative Pause	P Priscus: für ältere Patienten inadäquat	D Doppelverordnung ähnlicher Wirkstoffe	X Indikation / Therapieprinzip prüfen	F Fehlende / unklare / unlesbare Angaben
BEISPIEL: <i>Simvastatin Tabl.</i>	<i>40 mg</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>0</i>														
1							1												<input type="checkbox"/> Anlage
2							2												<input type="checkbox"/> Anlage
3							3												<input type="checkbox"/> Anlage
4							4												<input type="checkbox"/> Anlage
5							5												<input type="checkbox"/> Anlage
6							6												<input type="checkbox"/> Anlage
7							7												<input type="checkbox"/> Anlage
8							8												<input type="checkbox"/> Anlage
9							9												<input type="checkbox"/> Anlage
10							10												<input type="checkbox"/> Anlage

Informationsquelle Patient/Angehörige Hausarzt
 Altenheim/Pflegedienst Entlassbrief

Bearbeitet

Freigegeben

KKM-Apo-F-009-01/14

Tel. für Rückfragen

Name für Rückfragen

Datum

Krankenhausapotheker

Arzt