

Patient / Geburtsdatum:

Behandelnder Arzt:

E-Mail an: fmagistralis-apodro@hin.ch
 oder
 per Post an: **APODRO Apotheke**
 Bandwiesstrasse 4
 8630 Rüti

Datum / Unterschrift:

Die Lieferung und Rechnung erfolgt an den behandelnden Arzt.

1 Allergoid / Tyrosin

6-Injektionen-Jahrestherapie 3 Fl. à 1 ml + 1 Fl. à 1,5 ml

- | | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Beifuß | <input type="checkbox"/> Glaskraut | <input type="checkbox"/> Olive |
| <input type="checkbox"/> Wegerich | <input type="checkbox"/> Ambrosia | |

2 Allergoid / Tyrosin / MPL-Adjuvanz

4-Injektionen-Jahrestherapie 4 Fl. à 1,5 ml = Fl. 1, 2, 3, 3

- | | | |
|---|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gräser/Roggen | <input type="checkbox"/> Gräser/Roggen 50 % + Birke 50 % | <input type="checkbox"/> Beifuß |
| <input type="checkbox"/> Birke/Erle/Hasel aa (je 33.3%) | <input type="checkbox"/> Beifuß 50 % + Ambrosia 50 % | <input type="checkbox"/> Wegerich |
| <input type="checkbox"/> Birke | <input type="checkbox"/> Beifuß 50 % + Wegerich 50 % | <input type="checkbox"/> Olive |
| <input type="checkbox"/> Gräser/Roggen 50 % + Birke/Erle/Hasel 50 % | <input type="checkbox"/> Ambrosia | <input type="checkbox"/> Glaskraut |

3 Native Allergene / Tyrosin

Grundbehandlung

Fortsetzungsbehandlung

dopp. FB

Durchstechflaschen

1 Fl. à 2,0 ml + 1 Fl. à 2,5 ml = Fl. 1, 2

1 Fl. à 2,5 ml = Fl. 2

2 Fl. à 2,5 ml = Fl. 2, 2

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Birke | <input type="checkbox"/> Flasche 0 (für hochsensibilisierte Patienten) |
| <input type="checkbox"/> Gräser 50 % + Birke 50 % | <input type="checkbox"/> Esche |
| <input type="checkbox"/> Milbe D. pter. 50 % / D. far. 50 % | <input type="checkbox"/> Olive |
| <input type="checkbox"/> Beifuß | <input type="checkbox"/> Alternaria alternata |
| <input type="checkbox"/> Ambrosia | <input type="checkbox"/> Cladosporium clad. |
| <input type="checkbox"/> Wegerich | <input type="checkbox"/> Katze <input type="checkbox"/> Hund |
| <input type="checkbox"/> Glaskraut | <input type="checkbox"/> Pferd |
| <input type="checkbox"/> Buche | |

4 Native Allergene für orale Therapie

Packung A Grundbehandlung

Packung B Fortsetzungsbehandlung

Pumpflaschen

2 Fl. à 3,0 ml + 2 Fl. à 12 ml = Fl. 1, 2, 3, 3

2 Fl. à 12 ml = Fl. 3, 3

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Gräser 50 % + Roggen 50 % | <input type="checkbox"/> Beifuß |
| <input type="checkbox"/> Gräser | <input type="checkbox"/> Ambrosia |
| <input type="checkbox"/> Birke/Erle/Hasel aa (je 33.3%) | <input type="checkbox"/> Wegerich |
| <input type="checkbox"/> Birke | <input type="checkbox"/> Glaskraut |
| <input type="checkbox"/> Gräser 50 % + Birke 50 % | <input type="checkbox"/> Alternaria alternata |
| <input type="checkbox"/> Olive | <input type="checkbox"/> Cladosporium clad. |
| <input type="checkbox"/> Milbe D. pter. 50 % / D. far. 50 % | <input type="checkbox"/> Katze |
| <input type="checkbox"/> Milbe D. pter. | <input type="checkbox"/> Hund |

0 Allergoid / Tyrosin

Perenniale Therapie 1 Fl. à 3,0 ml (Grund- oder Fortsetzungsbehandlung aus einer Flasche)

- Milbe Dermatophagoides pteronyssinus 50% + Milbe Dermatophagoides farinae 50 %

Individuelle Rezeptur (bitte maximal 4 Allergene mischen, mind. 25% je Allergen)

Produkt	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	Prozent
<input type="checkbox"/> 1.					
<input type="checkbox"/> 2.					
<input type="checkbox"/> 3.					
<input type="checkbox"/> 4.					

Bemerkungen:

Für weitere Auskünfte:

Gesundheitsdatenblatt

Erfassung der Patientendaten im Rahmen des Arzneimittelversandes

Um unsere Rolle als verantwortliche Abgabestelle für Arzneimittel wahrnehmen zu können, sind wir im Versandhandel gesetzlich verpflichtet, weitere Angaben einzufordern.

Angabe zum Patienten:

Geschlecht: M F

Geburtsdatum:

Krankenkasse:

Gewicht:

Grösse:

Versichertennummer:

Erkrankungen:

Diabetes

Bronchialasthma

Nierenerkrankungen

Bluthochdruck

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Allergien, welche?

Blutgerinnungsstörungen

Lebererkrankungen

Andere Krankheiten, welche?

Schwangerschaft / Stillzeit:

Ich bin nicht schwanger

Ich bin in der ____ Woche

Ich stille nicht

Welche Arzneimittel nehmen Sie regelmässig ein?

Kopie Medikamentenpass, Dosierkarte oder Auflistung Name, Wirkstärke, Dosierung:

(z.B. Aspirin Cardio 100, 1x1 Tabl.)¹

¹ Bei Fragen oder Unklarheiten melden wir uns telefonisch bei Ihnen.

Ja, bitte Rückruf

Die PatientIn ist damit einverstanden, dass die ärztliche Verordnung direkt der Apotheke mit Bewilligung zum Versandhandel mit Arzneimittel übermittelt wird:

JA

Nein

nur nach Rücksprache mit mir

Datum:

Unterschrift:

Das Gesundheitsdatenblatt ist vollständig auszufüllen.