

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

- ☐ Beifuß
☐ Wegerich

- ☐ Glaskraut
☐ Ambrosia

- ☐ Olive

2 ☐ Allergoid / Tyrosin / MPL-Adjuvanz

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

- ☐ Gräser/Roggen
☐ Birke/Erle/Hasel aa (je 33.3%)
☐ Birke
☐ Gräser/Roggen 50 % + Birke/Erle/Hasel 50 %

- ☐ Gräser/Roggen 50 % + Birke 50 %
☐ Beifuß 50 % + Ambrosia 50 %
☐ Beifuß 50 % + Wegerich 50 %
☐ Ambrosia

- ☐ Beifuß
☐ Wegerich
☐ Olive
☐ 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

- ☐ Birke
☐ Gräser 50 % + Birke 50 %
☐ Milbe D. pter. 50 % / D. far. 50 %
☐ Beifuß
☐ Ambrosia
☐ Wegerich
☐ Glaskraut
☐ Buche

☐ Flasche 0 (für hochsensibilisierte Patienten)

- ☐ Esche
☐ Olive
☐ Alternaria alternata
☐ Cladosporium clad.
☐ Katze ☐ Hund
☐ Pferd

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

- ☐ Gräser 50 % + Roggen 50 %
☐ Gräser
☐ Birke/Erle/Hasel aa (je 33.3%)
☐ Birke
☐ Gräser 50 % + Birke 50 %
☐ Olive
☐ Milbe D. pter. 50 % / D. far. 50 %
☐ Milbe D. pter.

- ☐ Beifuß
☐ Ambrosia
☐ Wegerich
☐ Glaskraut
☐ Alternaria alternata
☐ Cladosporium clad.
☐ Katze
☐ 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 ☐

Gewicht:

Geburtsdatum:

Grösse:

Krankenkasse:

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.