

## ARBEITSBOGEN 6: ARZNEIMITTELBERATUNG – SELBSTMEDIKATION

### I Hinweis zur Bearbeitung des Arbeitsbogens<sup>1</sup>

---

Informieren und beraten Sie einen Patienten im Rahmen der Selbstmedikation. Grundlage des Arbeitsbogens ist die Leitlinie der Bundesapothekerkammer zur Qualitätssicherung „Information und Beratung des Patienten bei der Abgabe von Arzneimitteln – Selbstmedikation“ nebst Kommentar. Nutzen Sie zur Bearbeitung des Arbeitsbogens diese Leitlinie, den Kommentar und die Arbeitshilfen der Bundesapothekerkammer.

Beachten Sie, dass dieser Arbeitsbogen aus datenschutzrechtlichen Gründen nur zu Ihrer eigenen Verwendung im Rahmen der praktischen Ausbildung in der Apotheke und zur Prüfungsvorbereitung gedacht ist und insbesondere nicht mit Dritten besprochen werden darf. Sobald Sie den Arbeitsbogen nicht mehr benötigen, ist dieser ordnungsgemäß zu vernichten. Verzichten Sie beim Ausfüllen des Arbeitsbogens auf die Nennung des Patientennamens sowie auf das Geburtsdatum. Falls erforderlich, benennen Sie lediglich das Alter in Jahren.

### II Indikationen in der Selbstmedikation

---

Überlegen Sie, welche Themen der Selbstmedikation eine wichtige Rolle in der Apotheke einnehmen. Erstellen Sie eine Liste mit entsprechenden Indikationen.

---

<sup>1</sup> Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in diesem Text auf die durchgehende Nennung sowohl männlicher als auch weiblicher Personen- und Berufsbezeichnungen verzichtet. Die Verwendung der einen oder anderen Variante schließt gleichwohl Personen jeglichen Geschlechts ein.

ARBEITSBOGEN 6:  
ARZNEIMITTELBERATUNG – SELBSTMEDIKATION

**III Patient mit Eigendiagnose bzw. Arzneimittelwunsch**

Patient mit Eigendiagnose

Patient mit Arzneimittelwunsch

Eigendiagnose:

Arzneimittelwunsch:

--	--

Für wen ist das Arzneimittel (AM) bestimmt? \_\_\_\_\_

Ist eine Patientendatei vorhanden?

Ja  Nein

Alter des Anwenders: \_\_\_\_\_  Säugling/Kleinkind Geschlecht: \_\_\_\_\_

Schwangerschaft  Stillzeit  Sonstige Begleitumstände: \_\_\_\_\_

**Hinterfragen der Eigendiagnose bzw. des Arzneimittelwunsches**

Welche Beschwerden?

Seit wann?

Wie häufig bzw. wann?

Weitere Begleitsymptome?

Wurden Beschwerden bereits durch einen Arzt abgeklärt?

Nein  Ja, ärztliche Empfehlung:

ARBEITSBOGEN 6:  
**ARZNEIMITTELBERATUNG – SELBSTMEDIKATION**

Wurden bereits AM gegen die Beschwerden angewendet?

Nein

Ja, welche AM und mit welchen Erfahrungen:

Sind (chronische) Erkrankungen, Allergien, Unverträglichkeiten bekannt?

Nein

Ja, welche:

Werden regelmäßig AM angewendet?

Nein

Ja, welche:

**Grenzen der Selbstmedikation**

Wird die Arzneimittelabgabe im Rahmen der Selbstmedikation durch ein Kriterium begrenzt?  
Zum Beispiel:

Alter des Patienten

Unklare Symptomschilderung

Art, Dauer, Häufigkeit der Symptome

Andere Erkrankungen

Verdacht auf Arzneimittelmissbrauch

Selbstmedikation in der Schwangerschaft/Stillzeit

Verdacht auf unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) aufgrund verordneter AM

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Ist eine Selbstmedikation möglich?

Ja

Nein

Arztverweis

Begründung:

**IV Auswahl und Beurteilung des Arzneistoffs/Fertigarzneimittels**

---

**Arzneistoffauswahl**

Welche patientenspezifischen Kriterien müssen Sie bei der Auswahl des Arzneistoffes beachten, z. B. Erkrankungen, Allergien, Unverträglichkeiten, Interaktionen, Kontraindikationen?

Welche/n Arzneistoff/e empfehlen Sie?

Arzneistoff:	Begründung:

**Fertigarzneimittelauswahl**

Welche/s Fertigarzneimittel (FAM) empfehlen Sie? Charakterisieren Sie die/das ausgewählte Fertigarzneimittel.

**1. Fertigarzneimittlempfehlung:**

Bezeichnung: \_\_\_\_\_

Wirkweise:

Indikation/en: \_\_\_\_\_

Kontraindikation/en: \_\_\_\_\_

Darreichungsform: \_\_\_\_\_ Packungsgröße: \_\_\_\_\_ PZN: \_\_\_\_\_

Ch.-B.: \_\_\_\_\_ Zul.-Nr./Reg.-Nr.: \_\_\_\_\_

Name/Firma des pharmazeutischen Unternehmers: \_\_\_\_\_

Apothekenpflichtig  Freiverkäuflich AEP (€): \_\_\_\_\_ AVP (€): \_\_\_\_\_

Lagerungsbedingungen: \_\_\_\_\_

ARBEITSBOGEN 6:  
**ARZNEIMITTELBERATUNG – SELBSTMEDIKATION**

Arzneilich wirksame Bestandteile:	Menge/Konzentration:

Dosierung gemäß Fachinformation:	Anwendungsdauer:

Begründen Sie Ihre Entscheidung:

**2. Fertigarzneimittlempfehlung:**

Bezeichnung: \_\_\_\_\_

Wirkweise:

Indikation/en: \_\_\_\_\_

Kontraindikation/en: \_\_\_\_\_

Darreichungsform: \_\_\_\_\_ Packungsgröße: \_\_\_\_\_ PZN: \_\_\_\_\_

Ch.-B.: \_\_\_\_\_ Zul.-Nr./Reg.-Nr.: \_\_\_\_\_

Name/Firma des pharmazeutischen Unternehmers: \_\_\_\_\_

Apothekenpflichtig  Freiverkäuflich AEP (€): \_\_\_\_\_ AVP (€): \_\_\_\_\_

Lagerungsbedingungen: \_\_\_\_\_

Arzneilich wirksame Bestandteile:	Menge/Konzentration:

Dosierung gemäß Fachinformation:	Anwendungsdauer:

ARBEITSBOGEN 6:  
**ARZNEIMITTELBERATUNG – SELBSTMEDIKATION**

Begründen Sie Ihre Entscheidung:

Was bedeutet evidenzbasierte Pharmazie? Beurteilen Sie Ihre Empfehlung/en auf Grundlage der Kriterien der evidenzbasierten Pharmazie.

Für Ihre Beurteilung verwendete Quellen:

**V Informationen über das Arzneimittel**

---

Informieren Sie den Patienten über die Arzneimitteltherapie. Beachten Sie dabei insbesondere die nachstehenden Aspekte.

Informationen über Dosierung, Anwendung und Anwendungsdauer:

Wirkung und Nutzen des Arzneimittels:

ARBEITSBOGEN 6:  
**ARZNEIMITTELBERATUNG – SELBSTMEDIKATION**

Häufige und relevante unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW):

Weitere wichtige Hinweise, z. B. Beeinträchtigung der Verkehrstüchtigkeit, Lagerung und Entsorgung des Arzneimittels:

Informationen über die Grenzen der Selbstmedikation:

**VI Unterstützende Maßnahmen**

---

Weisen Sie den Patienten auf zusätzliche unterstützende Maßnahmen hin. Berücksichtigen Sie hierfür z. B. Applikationshilfen, Informationsmaterial, nicht-medikamentöse Maßnahmen, Zusatzeempfehlungen.

**VII Abgabe des Arzneimittels**

---

Bestehen beim Patienten noch Unklarheiten?  Ja  Nein

Wenn ja, welche und wie können diese geklärt werden? Ist dafür ggf. die Rücksprache mit dem Arzt erforderlich?

ARBEITSBOGEN 6:  
**ARZNEIMITTELBERATUNG – SELBSTMEDIKATION**

Was beachten Sie bei der Abgabe des Arzneimittels an Dritte und an Minderjährige? Berücksichtigen Sie ggf. die Arbeitshilfe der Bundesapothekerkammer zur Abgabe von Arzneimitteln an Minderjährige.

Folgende Möglichkeiten der Kontaktaufnahme werden angeboten:

Telefonnummer der Apotheke

E-Mail-Adresse der Apotheke

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**VIII Pflege der Patientendatei**

Daten aktualisieren

Aufnahme in Patientendatei anbieten

**IX Angebot weiterer pharmazeutischer Dienstleistungen**

Welche weiteren pharmazeutischen Dienstleistungen bieten Sie dem Patienten ggf. an und mit welcher Begründung?

Datum

Unterschrift PhiP

Kenntnisnahme Ausbildungsapotheker

**Empfehlungen für Literatur und Internetadressen, ohne Anspruch auf Vollständigkeit:**

- » Neubeck, M. Evidenzbasierte Selbstmedikation. Stuttgart: Deutscher Apotheker Verlag, aktuelle Fassung.
- » [www.abda.de](http://www.abda.de)
  - › Leitlinien und Arbeitshilfen
  - › Weiterführende Literaturhinweise im Kommentar zur o. g. Leitlinie
  - › Rezeptfreie Abgabe von Notfallkontrazeptiva („Pille danach“) – Handlungsempfehlungen der Bundesapothekerkammer
- » [www.ebm-netzwerk.de](http://www.ebm-netzwerk.de)
  - › Evidenzbasierte Pharmazie
- » [EVInews](http://www.evnews.de)