Arbeitshilfe der Bundesapothekerkammer   
zur Qualitätssicherung

**FORMBLATT**

* **Dokumentationsbogen für die Arzneimittel-  
  information**

Stand der Revision: 28.11.2023

**Leitlinie:**

Arzneimittelinformation in der Apotheke und in Informationsstellen der Apothekerschaft

|  |
| --- |
| **Dokumentationsbogen für die Arzneimittelinformation** |

Seite 1/2  
Bitte nicht doppelseitig ausdrucken, um für die Dokumentation den unteren Bereich dieser Seite abtrennen zu können.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Arzneimittel, -stoff**  **bzw. Thema:** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Fragestellung und Hintergrund der Anfrage:** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Profil anfragende Person** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Person ohne Vorkenntnisse | **Person mit Vorkenntnissen** | | | **Arzt/Ärztin** | | | **Pflegende Person/Angehörige** | | | **Andere Apotheke** | | | **Sonstige** | | |
| 🞏 | 🞏 | | | 🞏 | | | 🞏 | | | 🞏 | | | 🞏 | | |
| **Angabe zum Patienten/zur Patientin:** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Körpergewicht: kg** | | | **Körpergröße: cm** | | | | | **Geschlecht: m 🞏 w 🞏 d 🞏** | | | | **Altersgruppe:** | | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ z.B. 40-50** | |
| **Erkrankungen, z. B.:** | | | | | | **Eingenommene Arzneimittel, z. B.:** | | | | | | | | | |
| **🞏 Diabetes mellitus** | | **🞏 Niereninsuffizienz** | | | | **🞏 Antikoagulanzien** | | | | | **🞏 Herzkreislaufmittel** | | | | |
| **🞏 Herzerkrankung** | | **🞏 Leberinsuffizienz** | | | | **🞏 Schmerz-/Rheumamittel** | | | | | **🞏 Orale Kontrazeptiva** | | | | |
| **🞏 Bluthochdruck** | | **🞏 Asthma bronchiale** | | | | **🞏 Antiepileptika** | | | | | **🞏 Asthmamittel** | | | | |
| **🞏 Sonstiges** | |  | | | | **🞏 Sonstiges** | | | | |  | | | | |
|  | |  | | | |  | | | | |  | | | | |
| **Lebensumstände:**   |  |  | | --- | --- | | **🞏 Schwangerschaft** | **🞏 andere:** | | **🞏 Stillzeit** |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Wie soll die Antwort übermittelt werden:**  **🞏 Persönlich 🞏 Telefon 🞏 E-Mail 🞏 Fax 🞏 Brief 🞏 Sonstiges:** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Bis wann soll die Antwort möglichst vorliegen? 🞏 heute 🞏 morgen 🞏 Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Datum/Uhrzeit:**  **✀** | | | | | | **Name des pharm. Mitarbeitenden:** | | | | | | | | | |
| Aus Datenschutzgründen sind vor der Ablage der Anfrage zur Dokumentation die personenbezogenen Daten des Anfragenden abzutrennen und zu vernichten. **Anfragende Person:** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Straße, Haus-Nr.:** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Postleitzahl, Ort:** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Tel.:** | | | | | **Fax:** | | | | **E-Mail:** | | | | | | |
| **Dokumentationsbogen für die Arzneimittelinformation** | | | | | | | | | | | | | | |

Seite 2/2

|  |  |
| --- | --- |
| **Bereitgestellte Antwort:** | |
| **Quellenangaben:** | |
| (insbesondere wenn die Recherche keine oder nur unvollständige Ergebnisse geliefert hat)  **Rechercheweg (recherchierte Informationsquellen, Suchbegriffe, Datum):** | |
| **Art der Übermittlung:** | |
| (sofern dies nicht archiviert wird) **Beigelegtes Informationsmaterial mit Quelle:** | |
| **Bearbeitet von** |  |
| **Name:** | **Datum:** |
| **Übermittelt von** |  |
| **Name:** | **Datum:** |