

Gesundheitsfragebogen

Um allfällige arzneimittel- oder gesundheitsbezogene Risiken zu erkennen und Ihnen eine optimale Arzneimittelsicherheit bieten zu können, benötigen wir von Ihnen folgende Angaben. Die Daten werden ausschliesslich zur Speicherung arzneimittelbezogener Daten verwendet und nicht an Dritte weitergegeben.

WICHTIG: Bei Erstbestellung und Änderungen Ihrer Medikation, senden Sie uns bitte untenstehenden Fragebogen ausgefüllt per Mail, Fax oder Post zu:
E-Mail: rezept@bichsel.ch **Fax:** 033 827 60 10
Adresse: Grosse Apotheke Dr. G. Bichsel AG, Bahnhofstrasse 5a, 3800 Interlaken

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Ihre Körpergrösse _____ cm

Ihr aktuelles Gewicht _____ kg

Leiden Sie an einer der folgenden gesundheitlichen Beschwerden?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung |
| <input type="checkbox"/> Herz-Kreislaufkrankung | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | |
| <input type="checkbox"/> Andere _____ | |

Bestehen Unverträglichkeiten oder Allergien (z.B. Aspirin, Penicillin, Sulfonamide etc.)?

- Nein
- Ja, folgende: _____

Welche Medikamente, selbstgekauft oder ärztlich verschrieben, nehmen Sie zusätzlich zu jenen auf Ihrem Rezept. Name, Wirkstärke, Dosierung (z.B. Aspirin Cardio 100 mg, 1 mal täglich 1 Tablette)?

| Name | Wirkstärke | Dosierung |
|------|------------|-----------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Besteht eine Schwangerschaft?

- Ja Nein

Wenn «Ja», erwartetes Geburtsdatum des Kindes: _____

Stillen Sie?

- Ja Nein

Datum _____

Unterschrift _____

02.09.2024/Mel

Laboratorium Dr. G. Bichsel AG

Herstellung
Weissenaustrasse 73
3800 Unterseen
info@bichsel.ch

HomeCare
Weissenaustrasse 73
3800 Unterseen
homecare@bichsel.ch

Grosse Apotheke Dr. G. Bichsel AG

Grosse Apotheke
Bahnhofstrasse 5a
3800 Interlaken
bestellung@bichsel.ch