

➤ Patienteninformation zum Medikationscheck ATHINA

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

haben sich bei Ihnen über die Jahre zahlreiche Medikamente in der Hausapotheke angesammelt und Sie wissen gar nicht mehr so genau, welche noch zu verwenden sind und gegen welche Krankheiten diese wirken? Vielleicht befürchten Sie auch, dass sich einige dieser Arzneimittel nicht mit Ihren Medikamenten, die Sie regelmäßig einnehmen müssen, vertragen?

Unser Service für Ihre Arzneimittelsicherheit

Wir bieten Ihnen an, Ihre gesamten Medikamente zu überprüfen:

- ➔ auf mögliche Wechselwirkungen untereinander,
- ➔ auf mögliche Nebenwirkungen,
- ➔ auf ihre Haltbarkeit.

Wir beraten Sie gerne zu allen Fragen rund um Ihre Arzneimittel:

- ➔ Dosierung,
- ➔ Einnahme (wann, wie oft, vor – mit – nach dem Essen),
- ➔ Lagerung,
- ➔ Anwendungshinweise.

Was benötigen wir von Ihnen?

Bringen Sie uns alle Ihre Arzneimittel und Nahrungsergänzungsmittel in einer Tüte in die Apotheke. Falls Sie von Ihrem Arzt auch einen Plan zur Einnahme Ihrer Dauermedikamente (Medikationsplan) bekommen haben, stellen Sie uns diesen bitte ebenfalls zur Verfügung. Hilfreich wäre auch ein Ausdruck Ihrer aktuellen Blutwerte – sofern vorhanden.

Sie erhalten Ihre Arzneimittel sofort nach Bestandsaufnahme wieder zurück. Dann vereinbaren wir mit Ihnen einen Termin für ein ausführliches Beratungsgespräch, bei dem wir Ihnen das Ergebnis unseres Checks mitteilen und alle Ihre Fragen beantworten.

Bitte notieren Sie sich am besten bis zu unserem Gespräch:

- ➔ Welche Fachärzte* besuchen Sie regelmäßig oder zumindest hin und wieder?
- ➔ Diagnosen, Krankheiten, Allergien, Unverträglichkeiten
- ➔ Welche Fragen haben Sie zu Ihren Arzneimitteln?
- ➔ Was haben Sie bei Ihrem letzten Arzt- oder Apotheken-Besuch evtl. nicht verstanden?

Der Check beinhaltet:

- ➔ Prüfung auf mögliche Wechselwirkung aller Präparate (Nahrungsergänzungsmittel, Vitaminpräparate und weitere Mittel, die nicht in der Apotheke bezogen wurden),
- ➔ Verfalls-Check der mitgebrachten Arzneimittel,
- ➔ Qualitätsprüfung der angebrochenen Arzneimittel,
- ➔ Unterstützung und Beratung bei Anwendungsproblemen,
- ➔ Eintrag der Medikamente in Ihren persönlichen Medikationsplan,
- ➔ schriftliche Auswertung,
- ➔ falls gewünscht eine Kundenkarte.

Ihre Apotheke

Patienteninformation zum Medikationscheck ATHINA

Einwilligungserklärung

Name / Vorname	
Straße / Nr.	
Wohnort	
Telefon	
Geburtsdatum	
Krankenkasse	
Vorerkrankungen	

Ich willige ein, dass meine persönlichen Daten und die Angaben zu meinen Arzneimitteln, zu gesundheitlichen Problemen oder Erkrankungen sowie Inhalte des Beratungsgesprächs erhoben, elektronisch auf Datenträgern gespeichert und zu den in der Patienteninformation genannten Zwecken genutzt werden. Mir wurde bestätigt, dass es den mit der Datenspeicherung beschäftigten Mitarbeitern der Apotheke untersagt ist, meine Daten an Dritte weiterzugeben oder Dritten zugänglich zu machen. Ich habe das Recht, jederzeit über die gespeicherten

Daten unentgeltlich Auskunft zu bekommen und diese berichtigen, sperren oder löschen zu lassen. **Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten im Rahmen des Projektes „ATHINA – Arzneimitteltherapiesicherheit in Apotheken“ der Landesapothekerkammer Baden-Württemberg unter einem Pseudonym zur Auswertung weitergegeben werden.** So kann niemand mehr die Daten meiner Person zuordnen. Aus einer Veröffentlichung der Untersuchungsergebnisse wird nicht hervorgehen, wer an dieser Untersuchung teilgenommen hat.

Ich bin damit einverstanden, dass der mich betreuende Apotheker* direkten Kontakt mit meinem Haus- oder Facharzt aufnimmt, sofern im Rahmen dieses Medikationschecks dringende medizinisch/pharmazeutische Fragen zu klären sind.

Diese Einwilligung kann von mir jederzeit ohne Angaben von Gründen widerrufen werden.

Ort

Datum

Unterschrift