

Notiz über Beratungsgespräch gem. QM-Bericht Apotheke

Name des Patienten

Vorname des Patienten

Geburtsdatum

Gewicht kg

Größe

Allergien

☐ männlich

Raucher

☐ nein

☐ weiblich

☐ ja

☐ divers

☐ nein

Gegen was

☐ schwanger

Arzneimittel/aktuelle Medikation

	Bezeichnung des Arzneimittels	Arzneiform	Indikation	Dosierung
1				
2				
3				

Fassen Sie das Geschilderte für eine kollegiale Übergabe zusammen, z.B. Symptome des Patienten, Zeitablauf, mögliche Ursachen, **Vorschlag für das weitere Vorgehen.**

Datum

Name des Bearbeiters (Unterschrift)