

## Notiz über Beratungsgespräch gem. QM-Bericht Apotheke

Name des Patienten

Vorname des Patienten

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Gewicht \_\_\_\_\_ kg Größe \_\_\_\_\_

Allergien

- nein  
 ja

Gegen was

männlich

weiblich  
 divers

Raucher

ja  
 nein

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)