

Das Ausfüllen des Fragebogens ist freiwillig. Alle Angaben unterliegen dem Datenschutz.

Leiden Sie unter einer der folgenden gesundheitlichen Beschwerden?

- Schilddrüsenerkrankung hoher Blutdruck Herzbeschwerden
 Asthma Diabetes Magen-/Darmleiden
 Rheuma hoher Augendruck andere:

Dürfen die verschriebenen Originalpräparate durch Generika ersetzt werden?

- ja, falls pharmazeutisch sinnvoll nein

Bestehen Unverträglichkeiten oder Allergien?

- Penicillin Sulfonamide Aspirin
 andere:

Welche Medikamente benötigen Sie zusätzlich zu jenen auf Ihrem Rezept?

| | |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Falls «ja», erwartetes Geburtsdatum des Kindes

Stillen Sie? ja nein

Ihre Körpergröße cm

Ihr aktuelles Gewicht kg

Alter Jahre

Datum Unterschrift _____