

Erfassung personenbezogener Daten im Rahmen des Arzneimittelversandes

Um Sie optimal in Fragen der Arzneimitteltherapie beraten und arzneimittel- und gesundheitsbezogene Probleme erkennen zu können, bitten wir Sie, uns **auf freiwilliger Basis**, Ihre Daten zu Ihrem Gesundheitszustand und zu Ihrer Medikation zur Verfügung zu stellen. Die Angaben werden nur in unserer Apotheke unter Datenschutz gespeichert.

Name	Vorname
Strasse	Haus-Nr.
Postleitzahl	Ort
Tel. tagsüber	Tel. abends
E-Mail	Behandelnde TCM-Fachperson

Persönliche Angaben

Geschlecht ☐ M ☐ W ☐ D

Gewicht	Grösse	Geburtsdatum
---------	--------	--------------

Erkrankungen (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Diabetes | ☐ Bronchialasthma | ☐ Nierenerkrankungen |
| ☐ Bluthochdruck | ☐ Herz-Kreislauf-Erkrankung | ☐ Lebererkrankungen |
| ☐ Blutgerinnungsstörungen | ☐ Allergien, welche: | ☐ Andere Krankheiten, welche: |

Schwangerschaft/Stillzeit

- ☐ Ich bin schwanger
☐ Ich stille

Errechneter Geburtstermin

Welche Arzneimittel nehmen Sie regelmässig ein? (Name, Wirkstärke, Dosierung)

(z.B. AspirinCardio 100, 1x1 Tbl.)

Wir sind gerne bereit, Sie bei allfälligen Fragen bezüglich Ihres chinesischen Arzneimittels zu beraten.

Sie haben die Möglichkeit, das ausgefüllte Formular per Mail oder Post an die Apotheke zurück zu senden oder persönlich bei uns abzugeben.

Datum und Unterschrift

Adresse und Öffnungszeiten des Herstellers

Dr. Noyer AG / TCM
Schwarzenburgstrasse 35
3007 Bern

Tel. +41 (0)31 326 28 20
Mail drnoyertcm@hin.ch
Web www.drnoyertcm.com

Telefonzeiten TCM-Labor
Montag – Freitag 09.00 – 17.00 Uhr

Saisie des données personnelles pour l'envoi de médicaments par correspondance

Nous aimerions connaître les problèmes liés à votre santé pour vous conseiller de manière optimale sur les questions de médication thérapeutiques. **Sans obligation de votre part**, nous vous prions de remplir ce formulaire et de nous mettre à disposition les informations nécessaires sur l'état de votre santé et de votre médication actuelle. Ces données sont utilisées et sauvegardées uniquement dans notre pharmacie.

Nom	Prénom
Rue	Numéro
Code postal	Lieu
Tél. la journée	Tél. le soir
E-Mail	Médecin/thérapeute traitant.e

Informations personnelles

Sexe ☐ M ☐ F ☐ D

Poids	Taille	Date de naissance
-------	--------	-------------------

Maladie (cocher ce qui vous concerne)

- | | | |
|---------------------------------------|--|--|
| ☐ Diabète | ☐ Asthme | ☐ Maladie rénale |
| ☐ Hypertension | ☐ Maladie cardio-vasculaire | ☐ Maladie hépatique |
| ☐ Coagulation | ☐ Allergies, lesquelles : | ☐ Autres maladies, lesquelles : |

Grossesse et allaitement

- ☐ Je suis enceinte
☐ J'allaité

Date d'accouchement calculée

Quels médicaments prenez-vous régulièrement? (Nom, dosage et posologie)

(P.ex. AspirinCardio 100, 1x1 Tbl.)

Nous vous conseillons volontiers sur les préparations en médecine traditionnelle chinoise.

Vous avez la possibilité de nous retourner le formulaire rempli par mail ou par poste ou de nous le remettre en main propre à la pharmacie.

Date et signature

Adresse et heures d'ouverture du fabricant

Dr. Noyer SA/MTC
Schwarzenburgstrasse 35
3007 Berne

Tél. +41 (0)31 326 28 20
Mail drnoyertcm@hin.ch
Web www.drnoyertcm.com

Téléphone du laboratoire
Lundi – Vendredi 09h00 – 17h00