

## Erfassung der Patientendaten 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: \_\_\_\_\_ Fax.: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Behandelnder Arzt : \_\_\_\_\_

### Angaben zum Patienten:

Geschlecht:  M  W Gewicht : \_\_\_\_\_ Grösse: \_\_\_\_\_ Geburtsjahr: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Versicherungsnr.: \_\_\_\_\_ Sektion der KK: \_\_\_\_\_

### Erkrankungen: (zutreffendes bitte ankreuzen)

|   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="radio"/> Diabetes                | <input type="radio"/> Bronchialasthma             | <input type="radio"/> Nierenerkrankungen         |
| <input type="radio"/> Bluthochdruck           | <input type="radio"/> Herz-Kreislauf-Erkrankungen | <input type="radio"/> Allergien, wenn ja, welche |
| <input type="radio"/> Blutgerinnungsstörungen | <input type="radio"/> Lebererkrankungen           | <input type="radio"/> Andere Krankheiten, welche |

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
**Schwangerschaft/Stillzeit:**  Ich bin schwanger. Errechneter Geburtstermin: \_\_\_\_\_

Ich stille

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

(z.B. AspirinCardio 100,1x1Tbl.)

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

Datum und Unterschrift: \_\_\_\_\_

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

### Adresse und Öffnungszeiten:

#### Dr.Noyer AG / TCM

Neuengasse 15

3011 Bern

**Standort des TCM Labors: Eigerstrasse 2 , 3007 Bern**

Tel: 031 326 28 20 Fax: 031 326 28 19

Mail: [tcm@drnoyer.ch](mailto:tcm@drnoyer.ch) Web: [www.drnoyer.ch](http://www.drnoyer.ch)

**Öffnungszeiten TCM-Labor: Montag – Freitag 8.00 - 17.00 Uhr**

**Öffnungszeiten Apotheke:**

|                    |                         |
|--------------------|-------------------------|
| <b>Mo</b>          | <b>8.00 - 19.00 Uhr</b> |
| <b>Di, Mi, Fr,</b> | <b>7.30 - 19.00 Uhr</b> |
| <b>Do</b>          | <b>7.30 - 21.00 Uhr</b> |
| <b>Sa</b>          | <b>7.30 - 17.00 Uhr</b> |

## **Saisie des données du patient 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, No.: \_\_\_\_\_

Code postal, Lieu: \_\_\_\_\_

Tél. la journée: \_\_\_\_\_ Tél. le soir: \_\_\_\_\_ Fax.: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Médecin traitant: \_\_\_\_\_

### **Information du patient:**

Sexe:  M  F poids: \_\_\_\_\_ taille: \_\_\_\_\_ année de naissance: \_\_\_\_\_

Caisse maladie: \_\_\_\_\_ Assurance maladie: \_\_\_\_\_ Section caisse maladie: \_\_\_\_\_

### **Maladie** : (cocher se qui vous concerne)

|                                       |  |  |
|---------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diabète      | <input type="checkbox"/> Asthme                    | <input type="checkbox"/> Maladie rénale                |
| <input type="checkbox"/> Hypertension | <input type="checkbox"/> Maladie cardio-vasculaire | <input type="checkbox"/> Allergies si oui, lesquelles? |
| <input type="checkbox"/> Coagulation  | <input type="checkbox"/> Maladie hépatique         | <input type="checkbox"/> Autres maladies, lesquelles   |

**Grossesse et allaitement:**  Je suis enceinte. Date de l'accouchement : \_\_\_\_\_

J'allait

### **Quels médicaments administrez-vous régulièrement? (Nom, dosage et posologie)**

(P.ex. AspirinCardio100, 1x1Tbl.)

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

Date et signature: \_\_\_\_\_

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

### **Adresse et heures d'ouverture :**

#### **Dr. Noyer AG / TCM**

Neuengasse 15  
3011 Bern

**Lieu du laboratoire MTC : Eigerstrasse 2, 3007 Bern**

Tel : 031 326 28 20 Fax : 031 326 28 19

Mail : [tcm@drnoyer.ch](mailto:tcm@drnoyer.ch) Web : [www.drnoyer.ch](http://www.drnoyer.ch)

**Heures d'ouverture et de téléphone du Laboratoire:** du lundi au vendredi 8.00 - 17.00 h

**Heures d'ouverture de la pharmacie:**

|                           |                |
|---------------------------|----------------|
| Lundi                     | 8.00 - 19.00 h |
| Mardi, mercredi, vendredi | 7.30 - 19.00 h |
| Jeudi                     | 7.30 - 21.00 h |
| Samedi                    | 7.30 - 17.00 h |