

Information zur Speicherung arzneimittelbezogener Daten

Die Stauffacher Apotheke bietet Leistungen an, die die Erkennung und Lösung arzneimittelbezogener und gesundheitsbezogener Probleme beinhalten. Ziel ist es, die Arzneimitteltherapie zu optimieren und die Lebensqualität zu erhöhen. Für diesen Zweck wird die Apotheke im Bogen „Patientendatenblatt“ Daten und Angaben zur persönlichen Medikation erfassen. Dazu gehören Daten zum Gesundheitszustand, zur Anwendung der Arzneimittel und der Inhalt der Beratungsgespräche. Diese Daten ermöglichen eine optimale Beratung und Unterstützung bei der Arzneimittelanwendung.

Die genannten Daten werden in der Apotheke gespeichert und ausschließlich zu oben genannten Zwecken verarbeitet und genutzt. Die Daten dürfen dem Personal der Apotheke, das der Schweigepflicht unterliegt, im Rahmen des oben genannten Zweckes mitgeteilt werden. Im übrigen erfolgt keine Weitergabe persönlicher Daten an Dritte, es sei denn, es liege eine ausdrückliche Zustimmung des Patienten vor. Sofern eine Rücksprache mit dem behandelnden Arzt aufgrund möglicher arzneimittelbezogener Probleme nötig ist, nimmt der Apotheker/ die Apothekerin mit diesem Kontakt auf.

Der Patient kann jederzeit kostenfrei Einsicht in oder schriftlich Auskunft über seine Daten erhalten und selbst entscheiden, welche ggf. gelöscht werden sollen. Soweit gesetzliche Vorschriften keine längeren Aufbewahrungspflichten vorsehen, werden die Daten zehn Jahre nach der letzten Eintragung von der Apotheke gelöscht.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Damit wir Sie in Sachen Arzneimittelsicherheit zuverlässig beraten können, sind wir darauf angewiesen, dass Sie den folgenden Gesundheitsfragebogen wahrheitsgetreu ausfüllen. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz. Bitte füllen Sie den Fragebogen auch jedesmal wieder von neuem aus, wenn sich etwas verändert hat. Die mit * versehenen Angaben müssen zwingend angegeben werden.

Name*	_____	Angaben zur Patientin / zum Patient:*	
Vorname*	_____	Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Strasse*, Nr.*	_____	Körpergrösse	_____
PLZ* Ort*	_____	Gewicht	_____
Geburtsdatum	_____	Grundversicherung	_____
		Vers.-Nr.	_____
Tel. Privat*	_____	Zusatzvers.	_____
Tel. Geschäft	_____	Vers.-Nr.	_____
Mobile/Handy	_____	AHV Nummer:	_____
E-Mail	_____		

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen? *

- Diabetes Nierenerkrankungen Blutgerinnungsstörungen
- Lungenerkrankungen Bluthochdruck Muskelerkrankungen
- Herz-Kreislaufkrankungen Lebererkrankungen
- Allergien, welche?
- Andere Krankheiten?
- Sind Sie schwanger? Schwangerschaftswoche? ____ Ich stille

Welche Arzneimittel nehmen Sie zusätzlich zu denen auf dem Rezept regelmässig ein?*

(Name, Wirkstärke, Dosierung)?

*Wir sind gerne bereit Ihnen bei der Aufstellung der Arzneimittel zu helfen.
Wenn Sie möchten, melden wir uns telefonisch bei Ihnen.*

Sind Sie damit einverstanden, dass wir Ihnen anstelle des Originalprodukts ein günstigeres Generikum liefern?*

Ja Nein Nur nach Rücksprache

Ich bin damit einverstanden, dass mein Arzt die ärztliche Verordnung direkt der Apotheke, welche über eine Versandhandelsbewilligung für Arzneimittel verfügt, übermittelt.*

Ja Nein Nur nach Rücksprache

Rezept liegt bei (auch für nicht rezeptpflichtige Arzneimittel notwendig)

Ort, Datum* _____

Unterschrift* _____

Information über die nachträgliche Änderung der ärztlichen Verschreibung

Sehr geehrte(r) Frau / Herr

Anstelle des von Ihnen bestellten, ärztlich verordneten Arzneimittels

.....

erhalten Sie

- nach Rücksprache mit Ihrem behandelnden Arzt
- aufgrund Ihres Einverständnisses zur Abgabe eines wirkstoffgleichen, preisgünstigeren

Arzneimittels, das mit dem verordneten Präparat in Wirkstärke und Packungsgrösse identisch sowie für den gleichen Anwendungsbereich zugelassen ist und ferner die gleiche oder eine austauschbare Darreichungsform besitzt (Generikum).

das Arzneimittel

.....

Zur Beachtung :

..... ersetzt

d.h. es darf nur eines der beiden Medikamente eingenommen werden!

Anmerkungen:

Bei Fragen dürfen Sie uns jederzeit kontaktieren.


STAUFFACHER
APOTHEKE

Mit freundlichen Grüßen
Sandra Müller

Zürich,
den

.....

ApothekerIn:

.....

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Herzlichen Dank für Ihre Bestellung.

Sollten Sie Fragen zum bestellten Medikament haben wie beispielsweise zu dessen Wirkung, Anwendung, Dosierung oder Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten, so beraten wir Sie gerne. Bei allfälligen unerwünschten Wirkungen dürfen Sie uns, Ihren Arzt oder unsere Arzneimittelbehörde direkt kontaktieren. Nutzen Sie dazu das entsprechende Formular für die Erfassung unerwünschter Arzneimittelwirkungen (UAW). Bei Fehlern oder Komplikationen mit der Lieferung, bitte wir Sie uns umgehend zu kontaktieren. Sie haben die Möglichkeit, uns freiwillig und anonym per Brief zu kontaktieren und uns ihre Anmerkungen mitzuteilen. Nutzen Sie dazu die unten aufgeführte Zeile.

Bei Fragen oder Anliegen erreichen Sie uns unter:



Stauffacher Apotheke
Birmensdorferstrasse 1
8004 Zürich

T +41 (0)44 242 86 36
F +41 (0)44 241 83 72
hallo@stauffacher-apotheke.ch

Wir sind gerne für Sie da.

Montag bis Freitag
08:00 - 12:30 & 13:30 - 18:00

www.stauffacher-apotheke.ch

Sandra Müller
Eidg. dipl. Apothekerin

Sollten Probleme bei der Anwendung des Arzneimittels auftreten, nehmen Sie bitte Kontakt mit unserer Apotheke oder Ihrem behandelnden Arzt bzw. Ihrer behandelnden Ärztin auf.

Nehmen Sie Kontakt mit unserer Apotheke auf, falls die Lieferung defekt bei Ihnen eintrifft oder der Inhalt Ihnen zweifelhaft erscheint.

Ihre Anmerkungen:

Meldung unerwünschter Arzneimittelwirkungen

Sind während der Einnahme Ihres Arzneimittels unerwünschte Wirkungen aufgetreten, bei denen Sie vermuten, dass ein Zusammenhang zum eingenommenen Arzneimittel besteht oder stellen Sie Qualitätsmängel fest, bitten wir Sie den folgenden Fragebogen auszufüllen und wenn möglich uns das betreffende Arzneimittel mit Originalverpackung zurückzusenden.

Herr Frau

Sprache D F I E

Name _____

Vorname _____

Strasse, Haus-Nr. _____

PLZ, Ort _____

Geburtsdatum _____

Arbeitgeber _____

Tel. Privat _____

Tel. Geschäft _____

Natel _____

E-Mail _____

Bezeichnung des Arzneimittels

Darreichungsform
(Tablette, Saft usw.) _____

Packungsgrösse _____

Hersteller/Importeur _____

Chargen-Bez. _____ Verwendbar bis _____

Beanstandung der Produktqualität (Deklaration, Verpackung, Verwechslung usw.)

Welche Qualitätsmängel wurden festgestellt?

Worauf führen Sie Mängel zurück?

Wo habe Sie das Arzneimittel gelagert? _____

Bezugsdatum _____

Beanstandung aufgrund unerwünschter Arzneimittelwirkung

Welche unerwünschten Wirkungen traten auf?

In welcher Dosierung haben Sie das Arzneimittel eingenommen/angewendet?

Seit wann nahmen/nehmen Sie das Arzneimittel?

Welche anderen Arzneimittel werden/wurden eingenommen/angewendet?

Nehmen Sie das Arzneimittel trotz der Nebenwirkungen weiterhin ein?

Ja Nein

Ort, Datum

Unterschrift

Meldung einer vermuteten unerwünschten Arzneimittelwirkung (UAW) N°

Pat. Initialen		Geburtsdatum			Geschlecht		Gewicht	Beginn der UAW			Dauer der UAW
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorname	Name	Tag	Monat	Jahr	Weibl.	Männl.	kg	Tag	Monat	Jahr	

Beobachtete unerwünschte Arzneimittelwirkung
 (Diagnose, Symptome und Befunde, Verlauf): ○○○○

Latenzzeit der UAW*
 ○○○○

○○○○

* Zeit zwischen Gabe und UAW (bitte bei Impfreaktionen in Stunden angeben)
 Rückseite

Fortsetzung s.

Relevante Untersuchungsergebnisse (z.B. Laborwerte mit Datum, Histologie, evtl. Kopien beilegen): ○○○○
○○○○

Allfällige Therapie der UAW: ○○○○
○○○○

Folgen der vermuteten UAW

- Tod Hospitalisation bleibende Schädigung oder Behinderung
 lebensbedrohend Hospitalisation verlängert vorübergehend schwer beeinträchtigt / medizinisch wichtig
 ohne Schaden erholt noch nicht erholt anderes: ○○○○

Besserung des Zustandes nach Therapieabbruch

- ja nein anderes: ○○○○

Verschlechterung des Zustandes nach erneuter Gabe von:

-
.....
 ja nein anderes: ○○○○

Verdächtige Arzneimittel

Markenname	Lot-Nr. (Biologika, z.B. Impfstoffe)	Tagesdosis	Applik. weg	gegeben von*	bis**	Indikation
1. ○○○○	○○○○	○○○○	○○○○	○○○○	○○○○	○○○○
2. ○○○○	○○○○	○○○○	○○○○	○○○○	○○○○	○○○○
3. ○○○○	○○○○	○○○○	○○○○	○○○○	○○○○	○○○○

Weitere, gleichzeitig eingesetzte Arzneimittel

○○○○	○○○○	○○○○	○○○○	○○○○	○○○○	○○○○
○○○○	○○○○	○○○○	○○○○	○○○○	○○○○	○○○○
○○○○	○○○○	○○○○	○○○○	○○○○	○○○○	○○○○
○○○○	○○○○	○○○○	○○○○	○○○○	○○○○	○○○○
○○○○	○○○○	○○○○	○○○○	○○○○	○○○○	○○○○

* Datum oder Dauer (Anzahl Tage / Monate / Jahre) ○○○○ ** Datum oder Dauer, wenn weitergegeben: WEITER

Weitere relevante Krankheiten oder prädisponierende Faktoren

Schwangerschaft (letzte Periode am: ○○○○) Allergien: ○○○○ Rauchen: ○○○○
Alkohol: ○○○○ Nierenleiden: ○○○○ Kreatinin: ○○○○
Leberleiden (Virusserologien): ○○○○ anderes: ○○○○

Bitte senden Sie die Meldung per Post, Telefax oder E-Mail an:
Swissmedic, Einheit Pharmacovigilance, Hallerstrasse 7, 3012 Bern, Telefax: +41 58 462 02 12, E-Mail:
vigilance@swissmedic.ch

Absender oder Stempel:

Name	○○○○	Telefon	○○○○
Adresse	○○○○	Fax	○○○○
	○○○○	E-Mail	○○○○
	○○○○		

Weitere Bemerkungen (Beurteilung/Kommentar, Beilagen):
.....

Meldungen und Information über Produktmängel:
Telefonisch, per Fax oder E-Mail erbeten an Tel. 058 463 16 63; Fax 058 462 07 22, E-Mail:
market.surveillance@swissmedic.ch

Toxikologische Notfälle: Direkt Tox Info Suisse anfragen (Tel. 145)

Datum:

Unterschrift:
