

Anamnese für Hauslieferdienst

Datum:

► Für wen ist das gewünschte Medikament?

Anrufer selbst? ja nein → falls nein: Hauslieferdienst nicht zulässig!

A Allgemeine Angaben

Name: Vorname:

Strasse:

PLZ/Ort: Telefonnummer:

Geschlecht: w m Geburtsdatum:

Behandelnder Arzt:

Wunsch/Problem: Therapie-
wunsch: Arzneimittel- wunsch:
wunsch:

B Verwendete Therapie und Empfehlungen

Anwendung bekannt? ja nein**Aktuelle Medikation(en):**.....
.....
.....**Risikosituation?**Quarantäne: Nein Wenn ja: freiwillig angeordnet Schwangerschaft/Stillzeit
 Alter >65 Jahre → Alter: BMI:
 Grunderkrankungen:
 nein ja:.....
.....

- Immunsupprimiert
- Trauma/chirurg. Eingriff vor <14 Tagen:
- Reiserückkehrer:
- Allergien:

C LINDAAFF

1. Lokalisation:

2. Intensität:

3. Natur der Beschwerden:

Aussehen/Beschreibung:

Empfindung (Juckreiz/Schmerz):

Wie stark:

Intensität:

4. Dauer der Beschwerden:

5. Andere Symptome:

6. Komorbiditäten und Therapien (s. Abschnitt B):

7. Bereits was dagegen unternommen:

Auf eigene Initiative:

Auf ärztliche Empfehlung:

8. Verschlimmernde Faktoren:

9. Verbessernde Faktoren:

D Therapieempfehlungen

Medikamente und Dosierungen:

.....

.....

.....

.....

.....

E Auslieferung

Lieferung am: Zeit:

Zahlart:

Name/Vorname des Lieferanten:

F Follow-up

Evtl. Anrufdatum für Follow-up Call vereinbaren (nach ca. 3 Tagen):

Haben Sie den Patienten nach ca. 3 Tagen angerufen?

- Ja
- Nicht gewünscht
- Nicht erreicht

Falls ja, wie lief der Fall ab?

- Therapie ok, Kunde nichts mehr unternommen
 - Arztbesuch oder Notfallkonsultation, vor Follow-up Call
 - Fall nicht abgeschlossen
 - Empfehlungen:
-
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Bemerkungen

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....