|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Informationsbogen** **Wechselwirkungen zwischen Medikamenten, Nahrungsergänzungs-mitteln und Lebensmitteln** | *Logo/Adressfeld Apotheke* |
|       |       |       |
| Name, Vorname | Geburtsdatum | Datum |

Wir haben für Sie Ihre Medikamente auf mögliche Wechselwirkungen mit Lebensmitteln sowie Nahrungsergänzungsmitteln überprüft. Bitte beachten Sie die Hinweise in der untenstehenden Tabelle.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Präparat/Wirkstoff** | **Lebensmittel u./o. Nahrungsergän-zungsmittel** | **Effekt** | **Empfohlene Maßnahmen** |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |

Ihr Ansprechpartner

in der Apotheke \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Apothekenstempel/Unterschrift