

Häusliches Medikationsmanagement - Maßnahmenplan ABP Arzt/Apotheker

Angaben zum Hausarzt

Name: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

Datum des Apothekenberichtes: _____

Angaben zum Patienten

Name: _____

Adresse: _____

Krankenkasse: _____

Versicherungsnr.: _____

Pflegername: _____

Angaben zur Hausapotheke

Name: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

Arzneimittelbezogenes Problem	Handlungsempfehlung	Verantwortlich für die Umsetzung*	Behandlungsziel	Patient stimmt Änderung zu
	<input type="checkbox"/> Kein Handlungsbedarf <input type="checkbox"/> Handlungsbedarf (Kommentar):			
	<input type="checkbox"/> Kein Handlungsbedarf <input type="checkbox"/> Handlungsbedarf (Kommentar):			
	<input type="checkbox"/> Kein Handlungsbedarf <input type="checkbox"/> Handlungsbedarf (Kommentar):			
	<input type="checkbox"/> Kein Handlungsbedarf <input type="checkbox"/> Handlungsbedarf (Kommentar):			
	<input type="checkbox"/> Kein Handlungsbedarf <input type="checkbox"/> Handlungsbedarf (Kommentar):			
	<input type="checkbox"/> Kein Handlungsbedarf <input type="checkbox"/> Handlungsbedarf (Kommentar):			

*Nennen Sie gegebenenfalls andere Ärzte oder Spezialisten

Bei Bedarf zusätzliche Informationen bitte beifügen

Unterschrift des Hausarztes: _____

Unterschrift des Patienten: _____

Datum: _____