Maßstäbe / **neu definiert**

DAV

Dokumentation der Arzneimittelberatung

Name des Versicherten

Geburtsdatum

Datum, Unterschrift des beratenden Apothekers

Stempel der Apotheke

Alle Angaben stammen aus den uns von Ihnen zur Verfügung gestellten Informationen.

I. Ihre Medikation wurde auf Wechselwirkungen, Doppelverordnungen und Anwendungsprobleme überprüft.

1. Wechselwirkung

☐ es wurden keine Wechselwirkungen gefunden

☐ es wurden relevante Wechselwirkungen gefunden

1.1 zwischen Arzneimittel _____ und _____

Folgende Lösung wurde mit dem Patienten besprochen:

1.2 zwischen Arzneimittel _____ und _____

Folgende Lösung wurde mit dem Patienten besprochen:

2. Doppelverordnung

☐ es wurde keine Doppelverordnung gefunden

☐ es wurde eine Doppelverordnung gefunden, diese ist jedoch beabsichtigt/gewollt

☐ es wurde eine Doppelverordnung gefunden

2.1 zwischen Arzneimittel _____ und _____

Folgende Lösung wurde mit dem Patienten besprochen:

2.2 zwischen Arzneimittel _____ und _____

Folgende Lösung wurde mit dem Patienten besprochen:

3. Anwendungsprobleme

☐ Der Patient hat keine Anwendungsprobleme

☐ Folgende Anwendungsprobleme wurden festgestellt

3.1 Beschreibung des Anwendungsproblems:

Folgende Lösung wurde mit dem Patienten besprochen:

3.2 Beschreibung des Anwendungsproblems:

Folgende Lösung wurde mit dem Patienten besprochen:

Ihre Medikation wurde auf Wechselwirkungen, Doppelverordnungen und Anwendungsprobleme überprüft und entsprechende Lösungen wurden mit Ihnen besprochen.

☐ Wir empfehlen Ihnen, Ihren Arzt zu kontaktieren.

☐ Wir haben die Lösung mit Ihrem Arzt während des Beratungsgesprächs bereits telefonisch besprochen.

II. Arzneimittelberatung für eine wirtschaftlichere Versorgung .

☐ es ist kein wirkstoffgleicher Austausch des verordneten Arzneimittels aus pharmazeutischer/therapeutischer Sicht empfehlenswert

☐ ein wirkstoffgleicher Austausch ist möglich

alter Arzneimittelname/PZN:	neuer Arzneimittelname/PZN:
alter Arzneimittelname/PZN:	neuer Arzneimittelname/PZN:

☐ Der Patient erhält bereits eine wirtschaftliche Versorgung

☐ Der Patient wünscht keine Umstellung auf wirtschaftlichere Alternativen

III. sonstige Hinweise für den Patienten