

Arbeitsmaterialien für die pharmazeutischen Dienstleistungen

**Erweiterte Medikationsberatung bei Polymedikation**

* **Ergebnisbericht/Rücksprache mit dem Arzt**

Stand: 13.06.2022

**Hinweise zur Benutzung des Bogens**

Die folgende Arbeitshilfe enthält eine Vorlage für den Ergebnisbericht der Erweiterten Medikationsberatung bei Polymedikation. Der Bogen ist an die individuellen Abläufe der Apotheke anzupassen. Bitte ergänzen Sie auch unter anderem Namen, Anschrift und Telefonnummer Ihrer Apotheke.

Eine Kopie des Ergebnisberichts sollte in der Apotheke zur Dokumentation aufbewahrt werden.

**Patient\*in**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Name, Vorname Geburtsdatum

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Gesprächsdatum

Sehr geehrte/r Frau/Herr Dr. XYZ,

auf Wunsch Ihrer Patientin/Ihres Patienten habe ich eine Medikationsberatung durchgeführt.

Die Ergebnisse sind zu Ihrer Information in diesem Bericht dokumentiert und sollen Sie in Ihren Therapieentscheidungen unterstützen.

*Im Folgenden nur die ABPs mit Handlungsbedarf für den Arzt beschreiben* ***(zur Unterstützung siehe "Arbeitshilfe zur Medikationsberatung Formulierungshilfen für die Kommunikation mit den Ärzt\*innen")***

Ansonsten:

Es besteht für sie kein Handlungsbedarf. Informationen zu den Ergebnissen der Medikationsberatung und der aktuellen Medikation entnehmen Sie bitte der folgenden Seite.

**Patient\*in**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Name, Vorname Geburtsdatum

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Gesprächsdatum

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Probleme:** |  | Auffälligkeiten | Durch Apotheke gelöst | ***Mit Bitte um Prüfung*** |
| 1. **Allgemein** | 1.1 Abweichungen Medikationsplan/ Gespräch mit Patient\*in |  |  |  |
| 1. **Informations- bedarf** | 2.1 Behandlungsgrund unbekannt |  |  |  |
| 2.2 Anwendung, Darreichungsform (z.B. Teilbarkeit) |  |  |  |
| 2.3 Ungeeignete(s) Dosierung/ Dosierungsintervall |  |  |  |
| 1. **Auffälligkeiten der Medikation** | 3.1 (Pseudo-)Doppelmedikation |  |  |  |
| 3.2 Relevante Interaktion |  |  |  |
| 3.3 Ungeeigneter Anwendungszeitpunkt |  |  |  |
| 3.4 Mögliche Nebenwirkungen |  |  |  |
| 3.5 Mangelnde Therapietreue |  |  |  |
| 3.6 Probleme Selbstmedikation (Dosierung, Indikation) |  |  |  |
| 3.7 Mögliche Kontraindikation  (Alter, GFR, Geschlecht) |  |  |  |
| 3.8 Ungeeignete Lagerung |  |  |  |
| 1. **Sonstiges** |  |  |  |  |
| **Rücksprache mit Arzt / Ärztin** | Zur Kenntnis  Bitte um Rückruf  Ich melde mich bei Ihnen  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Name Apotheker\*in Datum, Unterschrift | | | |

*Fußnote: Die Prüfung der Medikation erfolgte auf Basis der vorliegenden Informationen*