

Arzneimittel-Check

Bitte in Großbuchstaben ausfüllen.

Anschrift

Kundennummer (falls bekannt) _____

Anrede _____ Vorname, Name _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Telefon für Rückfragen _____

Geburtsdatum _____ E-Mail _____

Bitte senden Sie Ihren Arzneimittel-Check an:

HAD Apotheke Deutschland · Niermannsweg 4–6
40699 Erkrath-Untersfeldhaus

Allergie: _____

Unverträglichkeit: _____

Schwangerschaft: _____ Woche

Der Arzneimittel-Check Ihrer HAD Apotheke Deutschland

Der Erfolg Ihrer Arzneimitteltherapie und die Sicherheit in der Arzneimittelanwendung sind uns ein herzliches Anliegen. Unerwünschte Wechselwirkungen zwischen verschiedenen Wirkstoffen können dieses Ziel gefährden. Beziehen Sie auch Ihre rezeptpflichtigen Arzneimittel über die HAD Apotheke Deutschland und nutzen Sie so die Möglichkeit eines umfassenden Arzneimittel-Check durch unsere Apotheker, um mehr Arzneimittelsicherheit zu erlangen und Wechselwirkungen zu vermeiden.

Viele **freiverkäufliche Arzneimittel** können die Wirkung von **verschreibungspflichtigen Arzneimitteln** beeinflussen und so ggf. den Erfolg Ihrer ärztlich angeordneten Arzneimitteltherapie beeinträchtigen. Eine **regelmäßige Prüfung** der bestehenden Medikation gegenüber den von Ihnen genutzten freiverkäuflichen Arzneimitteln können helfen, den Therapieerfolg zu steigern und Gesundheitsrisiken zu verhindern.

Nutzen Sie unser Formular **zusätzlich** zu Ihrer **Bestellung** und wir beraten Sie zu ggf. bestehende Gesundheitsrisiken!

Medikamente (Bitte tragen Sie hier zusätzlich zu den bestellten Medikamenten Ihren weiteren Medikamentenbedarf ein.)

Medikament <small>(z.B. Aspirin plus C Brausetabletten)</small>	Dosierung <small>(z.B. 1x täglich, 1x morgens, 1x abends)</small>	Erkrankung <small>(z.B. Diabetes, Schilddrüsenerkrankung)</small>

Stand 02/2012