

# Fragebogen:

(bitte bei Ihrem nächsten Besuch in der Flora Apotheke mitbringen)

Name:

Neue Erkrankungen/Allergien im letzten Jahr:

Behinderungen:

Welche Medikamente und Hilfsmittel benötigen Sie regelmäßig:

Chronische Erkrankungen:

Raucher/in: ja/nein

---

Bei folgenden Erkrankungen oder Beeinträchtigungen überprüfen wir automatisch bei Ihnen, ob es zu unerwünschten Nebenwirkungen mit den verordneten Medikamenten kommen kann. Dafür brauchen wir Ihre Angaben.

Allergie	Darmentzündung	Herzschrill- macher	Magenschleim- hautentzündung
Alzheimer	Depression	Heuschnupfen	Parkinson
Übergewicht	Diabetes	Hirnfarkt	Mukoviszidose
Alkoholsucht	Down-Syndrom	erhöhte Blut- fettwerte	Pankreatitis
Schlaganfall	Durchblutungs- störungen	Schilddrüsen- überfunktion	Psoriasis
Angstzustände	Ekzem	Schilddrüsen- unterfunktion	Psychose
Herzarrhythmie	Embolie	Immunschwäche	Querschnitts- lähmung
Arteriosklerose	Glaukom	Osteoporose	Raucher
Arthrose	Katarakt	Pseudo Krupp	Rheuma
Asthma	Epilepsie	Klimakterium	Tumor
Bandscheiben- probleme	Gastritis	Kontaktlinsen	12-Finger- darmgeschwür
Basedow	Gelenkentzündung	Migräne	Stoma
Bauchspeichel- drüsenentzündung	Geschwüre	Krampfadern	Diese Liste ist nur ein Auszug aus unserem CAVE- programm!
Blasenschwäche	Gicht	Lactoseintoleranz	
Blutarmut	Hämorrhoiden	Leberzirrhose	
Blutdruck niedrig/ hoch	Nierensteine	Leukämie	
Blutungsneigung	Hepatitis	Lungenemphysem	
Gallensteine	Herzinfarkt	Magengeschwür	
Colitis ulcerosa	Herzinsuffizienz		
	Herzmuskel- schwäche		

