

Leitfaden „Bestmögliche Arzneimittelanamnese“ im Rahmen der High 5s-SOP „Medication Reconciliation“



Hintergrund und Ziel

Bei der **bestmöglichen Arzneimittelanamnese** (engl.: Best Possible Medication History = BPMH) handelt es sich um eine systematische Erhebung aller **aktuell bzw. in letzter Zeit eingenommener Medikamente** eines Patienten. Das Ergebnis ist eine Medikationsliste welche möglichst vollständig und genau die bisherige Medikation eines Patienten vor Krankenhausaufnahme abbildet.

Die bestmögliche Arzneimittelanamnese oder die Kenntnis über die aktuelle Medikation eines Patienten stellt die **Grundvoraussetzung für eine sichere Arzneimittelverordnung** dar, mit der sich unter anderem folgende Medikationsfehler verhindern lassen:

- Versäumnis der Weiterführung klinisch wichtiger Hausmedikation auch im Krankenhaus
- falsche Dosisstärke oder Dosierungsschema
- ausgelassene oder doppelte Dosierung aufgrund ungenauer Medikationsaufzeichnungen
- potentielle Wechselwirkungen von Präparaten und Nahrungsergänzungsmitteln, die der Patient ohne Wissen seines Arztes einnimmt
- Fehlinterpretationen von aufgrund der Medikation veränderten Laborwerten

Durchführung

Die BPMH unterscheidet sich von einer routinemäßig durchgeführten **ersten Medikamentenanamnese** (wobei es sich um eine oberflächliche, unsystematische Medikamentenanamnese handelt) darin, dass sie umfassender ist als diese.

Für die Erstellung der BPMH sollten nach Möglichkeit Medikamentenangaben aus **mehr als einer Quelle** überprüft werden.

1. Befragung des Patienten und/oder seiner Angehörigen zur Medikation, sofern möglich.

Vor allem wenn Widersprüchlichkeiten bestehen oder ein Patient oder seine Angehörigen nicht befragt werden können, ist es wichtig weitere Informationsquellen zu nutzen.

2. Weitere Informationsquellen:

- mitgebrachte Arzneimittelverpackungen
- Medikationsliste des Patienten
- Medikationsliste /-plan von Hausarzt oder anderen Einrichtungen, Arztbrief (ggf. Stammapotheke)
- Rücksprache mit behandelnden Ärzten oder anderer Einrichtungen (z.B. ambulantem Pflegedienst, stationärer Pflegeeinrichtung, ggf. Stammapotheke)
- Dokumentation eines vorherigen Krankenhausaufenthaltes (z.B. frühere Aufzeichnungen in der Patientenakte)

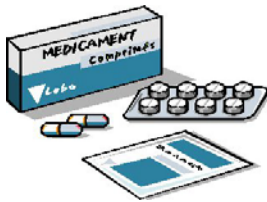
Diese weiteren Quellen sollten die Patienten- oder Angehörigenbefragung – sofern diese möglich sind – niemals ersetzen. Nur im Gespräch ist zu erfahren, inwieweit die auf dem eigenen Medikationsplan oder mitgebrachten Arzneimittelverpackungen angegebene Medikationsangaben befolgt wurden oder ob die Liste aktuell ist. Erfasst werden soll die aktuelle bzw. die Medikation der letzten Wochen des Patienten, auch wenn sich diese von den verordneten Medikamenten unterscheidet.



Zeitraumen



Die BPMH sollte möglichst zeitnah zur Patientenaufnahme erhoben werden. Der Abgleich zwischen der Arzneimittelverordnung und der BPMH **sollte innerhalb von 24 Stunden nach der Entscheidung zur stationären Aufnahme** des Patienten erfolgt sein. Wenn der Abgleich nicht innerhalb von 24 Stunden gemacht werden kann, ist es dringend empfohlen, den Abgleich auch nach Ablauf der 24 Stunden nachzuholen.



10 Tipps für die Erstellung der bestmöglichen Arzneimittelanamnese

- 1 **Proaktives Vorgehen:** Sammeln Sie so viele Informationen wie möglich, bevor Sie sich dem Patienten widmen. Berücksichtigen Sie eine bereits erstellte Arzneimittelanamnese, mitgebrachte Arzneimittelverpackungen, Medikationslisten usw.
- 2 **Stellen Sie bei der Befragung offene, nicht wertenden Fragen** z.B.: „Bitte sagen Sie mir, wie Sie die Medikamente einnehmen“ anstatt „Nehmen Sie die Medikamente wie vom Arzt verordnet ein?“
- 3 **Kontaktieren Sie die behandelnden Ärzte** oder den häuslichen Pflegedienst bzw. die Pflegeeinrichtung oder ggf. die Stammapotheke als zweite Informationsquelle. Dies ist vor allem dann wichtig, wenn keine anderen Informationsquellen zur Verfügung stehen.
- 4 **Fragen Sie nach nicht verordneten Arzneimitteln:** freiverkäufliche Medikamente, Nahrungsergänzungsmittel, pflanzliche Präparate, traditionelle Heilmittel.
- 5 **Fragen Sie nach besonderen Darreichungsformen:** Augentropfen, Inhalatoren, Pflaster, Sprays usw. und nach **Bedarfsmedikamenten**.
- 6 **Prüfen Sie, ob der Patient das verschriebene Dosierungsschema einhält:** „Lassen Sie mal eine Dosis aus?“, bei mitgebrachten Packungen: „Wann wurde die Verpackung angebrochen?“. Oder Sie erkundigen sich beim behandelnden Arzt nach den Abständen der ausgestellten Rezepte.
- 7 **Nehmen Sie bekannte Diagnosen, gesundheitliche Beschwerden, oder Symptome** zum Anlass nach hierzu gängigen, geeigneten Medikamenten zu fragen.
- 8 **Patienten nehmen Arzneimittel nicht immer den Verordnungen entsprechend ein** – fragen Sie aktiv nach, wie die Medikamente genommen werden und ob es vorkommt, dass z.B. die Dosisstärke selbstständig geändert wird.
- 9 **Überprüfen Sie die Richtigkeit der Medikamentenangaben** aus einer Informationsquelle: Nutzen Sie mindestens eine weitere Informationsquelle.
- 10 **Verwenden Sie einen Befragungsleitfaden.** Dieser ist gut strukturiert, enthält optimale Formulierungsvorschläge für Fragen, sowie Hinweise auf Arzneimittel, die häufig vergessen werden (siehe folgende Seite).

Übersetzt und modifiziert durch ÄZQ, Original aus High 5s-Getting Started Kit (mit Genehmigung des University Health Network, ISMP Canada).

Der Gesprächsleitfaden auf der nachfolgenden Seite enthält alle wichtigen Aspekte, die bei der Befragung des Patienten bzw. der Angehörigen angesprochen werden sollten. Er dient als Erinnerungstütze und kann gleichzeitig als Checkliste verwendet werden.



Befragungsleitfaden für die bestmögliche Arzneimittelanamnese



Informationssammlung

Sammeln und dokumentieren Sie für **jedes Medikament das der Patient einnimmt** Informationen über

- Einzeldosisstärke
- Applikationsform
- Dosierungsschema.

Falls der Patient die Medikation nicht so einnimmt wie vom Arzt verordnet, **notieren Sie den Unterschied** zur ärztlichen Verordnung.

Einleitung

Stellen Sie sich und Ihre Tätigkeit vor. Bitten Sie den Patienten sich vorzustellen / Namen zu sagen.

- Ich möchte mit Ihnen kurz über die Medikamente sprechen, die Sie zu Hause einnehmen.
- Ich habe hier eine Medikationsliste und möchte sicherstellen, dass diese Liste aktuell ist.
- Wäre es möglich, jetzt mit Ihnen (oder einem Familienmitglied) über Ihre Medikation zu sprechen?
- Gibt es ein Familienmitglied, das Ihre Medikation kennt und deshalb bei unserem Gespräch anwesend sein sollte?

Fragen zur Medikation

- Haben Sie eine **Liste Ihrer Medikamente oder Verpackungen** bei sich?
- Können Sie mir **Medikamente nennen**, die Sie einnehmen?

Wenn der Patient Medikamente nennt oder bei sich hat, zeigen Sie ggf. jedes und fragen zu jedem einzelnen:

- In **welcher Stärke? Wie oft? Wann** nehmen Sie XY ein? Wann war die letzte Einnahme?
- Gibt es Medikamente, die Sie nur bei Bedarf einnehmen?
- Gibt es verschriebene Medikamente, die Sie (oder Ihr Arzt) kürzlich abgesetzt oder geändert haben?
→ Was war der Grund für diese Änderung?

Weitere zu erfragende Präparate, die evtl. nicht auf der Liste stehen

Antibiotika

- Haben Sie in den letzten 3 Monaten **Antibiotika** eingenommen?
→ Wenn ja, welche Antibiotika waren das?

Rezeptfreie (nicht verschreibungspflichtige) Medikamente

- Nehmen Sie Medikamente ein, die Sie **ohne ein Rezept des Arztes in der Apotheke** kaufen (z.B. Aspirin, Abführmittel, Mittel gegen Sodbrennen)?
→ Wenn ja, in welcher Stärke? Wie oft? Wann nehmen Sie XY ein? Wann war die letzte Einnahme?
- Gibt es rezeptfreie Medikamente, die Sie nur bei Bedarf einnehmen?

Augen- / Ohren- / Nasentropfen

- Verwenden Sie **Augentropfen? Ohrentropfen? Nasentropfen / Nasensprays**?
→ Wenn ja, wie viele Tropfen von XY? Wie oft? In welches Auge / Ohr?

Nahrungsergänzungsmittel / pflanzliche Präparate

- Nehmen Sie **pflanzliche Präparate** (z.B. Johanniskraut) ein?
→ Wenn ja, wie oft und wann nehmen Sie XY ein?
- Nehmen Sie **Vitaminpräparate** (z.B. Multivitamin), **Mineralstoffe** (z.B. Kalzium, Eisen) ein?
→ Wenn ja, wie oft und wann nehmen Sie XY ein?

Inhalatoren / Pflaster / Cremes / Salben / Suppositorien / injizierbare Medikamente / Muster

Verwenden Sie:

- Inhalatoren, Dosieraerosole,**
- medizinische Pflaster,**
- medizinische Cremes oder Salben,**
- Suppositorien** (z.B. Vaginaltabletten)
- injizierbare Medikamente** (z.B. Insulin)?
→ Wenn ja, in welcher Stärke? Wie oft? Wann nehmen Sie XY ein bzw. wenden es an?
- Hat Ihnen Ihr Arzt in den letzten Monaten **Proben von Medikamenten** zum Testen gegeben?
→ Wenn ja, welche Medikamente waren das?

Alkohol, Nikotin, sonstige Drogen

- Rauchen Sie? Wie viele Zigaretten pro Tag?
- Trinken Sie Alkohol? Welcher Art? Wie oft pro Woche, täglich?
- Konsumieren Sie sonstige Drogen?

(Arzneimittel-) Allergien

- Haben Sie jemals auf ein **Medikament allergisch** reagiert – z.B. mit einem Hautausschlag, Schwellung oder Atemnot?
→ Wenn ja, wie äußert sich dies?
- Haben Sie andere **Allergien**? Auf was reagieren Sie allergisch? Nehmen Sie dafür Medikamente ein?

Hausarzt / behandelnder Arzt

- Dürfen wir Ihren Hausarzt anrufen, um Ihre Medikation zu klären, falls dies erforderlich werden sollte?
- Wie lautet der Name Ihres Hausarztes?
- Wo hat ihr Hausarzt seine Praxis?

Abschluss

- Damit ist unser Gespräch beendet. Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit dafür genommen haben. Haben Sie noch Fragen?
- Sollte Ihnen nach dem Gespräch noch etwas einfallen, so kontaktieren Sie mich bitte, damit ich die Informationen aktualisieren kann.

Dokumentation der bestmöglichen Arzneimittelanamnese



Die Dokumentation der BPMH sollte möglichst zeitnah zur Informationssammlung und Erhebung erfolgen. Die Fixierung erfolgt papierbasiert oder elektronisch in der Patientenakte.

Was wird dokumentiert?

- Datum / Uhrzeit der Entscheidung zur stationären Aufnahme und Datum / Uhrzeit der BPMH-Erhebung → BPMH soll innerhalb von **24 h nach Entscheidung zur stationären Aufnahme** erfolgen.
- **Arten von Arzneimitteln** die in der BPMH erfasst werden:
 - verordnete (von Haus- oder Facharzt verschriebene) und nicht verordnete Medikamente
 - verschreibungspflichtige und nicht verschreibungspflichtige (z. B. rezeptfreie Arzneimittel, pflanzliche Präparate, Nahrungsergänzungsmittel usw.)
 - Bedarfsmedikamente, die der Patient benötigt
- **Angaben zur aktuellen Medikation** in der BPMH-Liste umfassen mindestens:
 - Name des Präparates bzw. des Wirkstoffes
 - Angaben zur Dosierung (Einzeldosisstärke, Dosierungsschema)
 - Angaben zum Applikationsweg
- **Angaben zum weiteren Umgang** der Arzneimittel auf der BPMH-Liste:
Die Dokumentation der BPMH muss die Möglichkeit bieten, dass der verordnende Arzt für jedes darin aufgeführte Arzneimittel dokumentiert, wie weiter damit verfahren wird.
 - Fortführen, ändern / modifizieren, absetzen, pausieren, austauschen / Umstellung auf Hausliste
 - Grund für Änderung / Absetzen / Pausieren der Medikation → ggf. unter der Verwendung von Kürzeln für bestimmte Sachverhalte (z.B. Absetzen aufgrund von anstehender OP, Arzneimittelinteraktion, Laborparameter) → **Wichtig:** Nachvollziehbarkeit!

Für die Auswertung im Rahmen des High 5s-Projekts sind folgende Angaben notwendig:

- **Angaben zum Patienten:**
 - Geschlecht
 - Lebensalter
 - Nicht elektive Aufnahme, Notfall / Elektive, geplante Aufnahme

Zusätzlich ist es sinnvoll folgende Angaben zu dokumentieren (die jedoch nicht im Rahmen des High 5s-Projekts gefordert sind)

- **Angaben zum Rahmen der BPMH-Erstellung:**
 - Eingeschlossene Quellen der BPMH (z.B. Patienten- und/oder Angehörigenbefragung, mitgebrachte Medikationsliste usw.)
 - Dauer der BPMH (in Minuten)
 - Wer hat die BPMH durchgeführt?
 - Zeitpunkt der BPMH-Erhebung: Vor oder nach Verordnung der Aufnahmemedikation



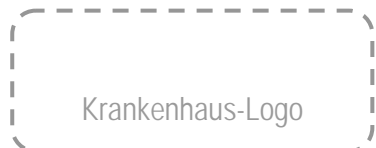
Beispiele für die Dokumentation der BPMH

Den folgenden Seiten sind 2 Beispiele für BPMH-Formulare zu entnehmen, die Sie Ihren hausinternen Dokumentationsanforderungen im gewünschten Format anpassen können. Es handelt sich bei beiden Formularen um **Vorschläge zur Veranschaulichung**, welche die notwendigen und optionalen Angaben für die Implementierung und Evaluation des High 5s-Projekts enthalten und die von Ihrer Seite beliebig erweitert werden können.

- **rote Schrift** = Pflichtangaben, die für die Implementierung von High 5s notwendig sind, aber nicht zwingend für die Dokumentation im Evaluationstool.
- **blaue Schrift** = Pflichtangaben für die Implementierung und die Dokumentation im Evaluationstool.
- **grüne Schrift** = Optionale Angaben für die Dokumentation im Evaluationstool
- **schwarze Schrift** = Vorschläge bzw. Angaben, die sinnvollerweise in der regulären Arzneimittelanamnese enthalten sind.

Beispiel 1 (Größe und Format des gesamten Formulars müssen krankenhausesindividuell angepasst werden – dient nur der Veranschaulichung)

| Patientenangaben • Name / Geburtsdatum / ggf. Aufkleber • Geschlecht • Größe, Gewicht • Angaben Nierenfunktion • Datum / Uhrzeit stationäre Aufnahme usw. | Allergien / Unverträglichkeiten Präparat / Wirkstoff Reaktion | | Verwendete Quellen für die bestmögliche Medikationsanamnese <input type="checkbox"/> Patientengespräch Kein Patientengespräch aufgrund von: <input type="checkbox"/> Sprachbarriere <input type="checkbox"/> Auskunft verweigert <input type="checkbox"/> unzureichender Auskunftsfähigkeit <input type="checkbox"/> Angehörigengespräch <input type="checkbox"/> Rücksprache mit behandelnden Ärzten oder anderer Einrichtungen <input type="checkbox"/> Medikationsplan von Hausarzt oder anderer Einrichtung <input type="checkbox"/> Arztbrief <input type="checkbox"/> Medikationsliste von Stammapotheke <input type="checkbox"/> Eigene Medikationsliste des Patienten <input type="checkbox"/> Mitgebrachte Arzneimittelverpackungen <input type="checkbox"/> Dokumentation eines vorherigen Krankenhausaufenthaltes <input type="checkbox"/> sonstiges _____ | | | | | | | | | | | | |
|---|--|------------------|---|-------------|--------------|--------|--------------------------------|----------------------------|---------------------|-------------|--------|-----------|----------|--|--|
| | Hausarzt / behandelnder Arzt (Kontaktangaben) | | Zeitpunkt der Erhebung? <input type="checkbox"/> Vor Verordnung der Aufnahmemedikation <input type="checkbox"/> Nach Verordnung der Aufnahmemedikation | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Elektiv, geplante Aufnahme <input type="checkbox"/> Nicht elektiv, Notfallaufnahme | | | | | | | | | | | | | | | |
| AKTUELLE MEDIKATION DES PATIENTEN | | | | | | | WEITERER UMGANG MIT MEDIKATION | | | | | | | | |
| Name Präparat / Wirkstoff | Einzeldosis | Applikationsform | Dosierungsschema | | | | | Datum der letzten Einnahme | Vom Arzt anzugeben: | | | | | | |
| | | | morgens | mittags | abends | nachts | bei Bedarf | | fortführen | austauschen | ändern | pausieren | absetzen | Grund für Änderung der Medikation (in Kurzform / anhand Kürzelleiste usw.) | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| Antibiotika in den letzten 3 Monaten? Ärztemuster? | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| Rezeptfreie Arzneimittel, pflanzliche Präparate, Homöopathika, Nahrungsergänzungsmittel usw. | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| Augentropfen, Ohrentropfen, Nasentropfen, Inhalationsmittel, Wirkstoff-Pflaster, Cremes, Salben, Injektionen. | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| Alkohol, Nikotin, sonstige Drogen. | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| Erhoben durch (Funktion u./o. Name) | Unterschrift | Datum / Uhrzeit | Dauer der Erhebung (Minuten): | Name (Arzt) | Unterschrift | Datum | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |



Krankenhaus XY



Beispiel 2 (Größe und Format des gesamten Formulars müssen krankenhausindividuell angepasst werden – dient nur der Veranschaulichung)
 Dieser Vorschlag stellt eine Kombination aus Befragungsleitfaden mit gleichzeitiger Dokumentation dar. Die Grundlage wurde freundlicherweise von Frau Christine Wellermann, UKE Hamburg, entwickelt und der Projektgruppe zur Verfügung gestellt.

Befragungsbogen für die Bestmögliche Medikamentenanamnese (BPMH)

| | | | |
|--|--------------------------------------|---|--------------------------|
| Name des Patienten: | Alter: | Datum / Uhrzeit Erhebung: | Dauer in Minuten: |
| Datum / Uhrzeit stationäre Aufnahme | Geschlecht: | | |
| <input type="checkbox"/> Elektiv , geplante Aufnahme <input type="checkbox"/> Nicht elektiv , Notfallaufnahme | Größe: Gewicht: | Zeitpunkt der Erhebung? <input type="checkbox"/> Vor Verordnung der Aufnahmemedikation <input type="checkbox"/> Nach Verordnung der Aufnahmemedikation | |

Quelle für Medikationsinformation (bitte alle Zutreffende ankreuzen):
 Haben Sie Ihre Medikationsliste oder Tablettenverpackungen dabei?

Patientengespräch **Kein** Patientengespräch aufgrund von:
 Sprachbarriere
 unzureichender Auskunftsfähigkeit Auskunft verweigert

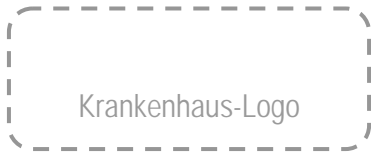
Angehörigengespräch
 Rücksprache mit behandelnden Ärzten oder anderer Einrichtungen
 Medikationsliste einer anderen Einrichtung
 Medikationsliste einer Stammapotheke
 Eigene Medikationsliste des Patienten
 Mitgebrachte Arzneimittelverpackungen
 Dokumentation eines vorherigen Krankenhausaufenthaltes
 sonstiges _____

Medikationsplan des Hausarztes, *Name, Anschrift und* _____
 Arztbrief *Telefonnummer des* _____
 Hausarztes: _____

Dürfen wir Ihren Hausarzt anrufen, um Ihre Medikation zu klären, falls dies erforderlich werden sollte? _____

Kontaktaufnahme mit dem Hausarzt in Ordnung, falls erforderlich? Nein Ja

| | | |
|---|---|---|
| Allergien | | |
| <i>Gibt es Medikamente auf die Sie allergisch reagieren? Wenn ja, was geschieht wenn Sie diese einnehmen? Oder haben Sie andere Allergien? Auf was reagieren Sie allergisch? Nehmen Sie deswegen Medikamente ein?</i> | | |
| <input type="checkbox"/> keine Allergien bekannt | Allergie: _____ _____ _____ | Reaktion: _____ _____ _____ |



Krankenhaus XY

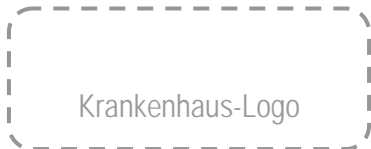


Verschreibungspflichtige Medikamente

Nehmen Sie Medikamente ein, die Ihnen ein Arzt auf einem Rezept verschreibt? Nein Ja
 Wenn ja, welche und wie nehmen Sie diese ein?

| Arzneimittel → Name Präparat → Wirkstoff / Stärke → Darreichungsform → Zusatz: retard o.ä. | Dosierung | | | | Indikation | pausiert seit/ab (Datum) | Einnahme^z | Änderung? absetzen: > pausieren: P austauschen: X modifizieren: M fortführen: ✓ | Erläuterung von Änderungen der Medikation |
|---|------------------|---------|--------|-----------|-------------------|--|-----------------------------|---|--|
| | morgens | mittags | abends | zur Nacht | | | | | |
| Beloc Zok mite 47,5mg Retardtabletten | 1 | 0 | 0 | 0 | Hypertonie | X | V | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

* V: vor der Mahlzeit, Z: zur Mahlzeit, N: nach der Mahlzeit, oder weitere Einnahmehinweise



Krankenhaus XY



Antibiotika

Haben Sie in den letzten 3 Monaten **Antibiotika** eingenommen? Nein Ja
 Wenn ja, welche waren das?

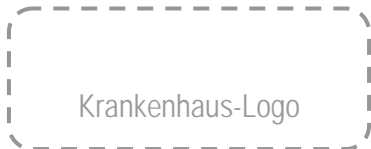
| Arzneimittel → Name Präparat → Wirkstoff / Stärke → Darreichungsform → Zusatz: retard o.ä. | Dosierung | | | | Indikation | pausiert seit/ab (Datum) | Einnahme * | Änderung? absetzen: > pausieren: P austauschen: X modifizieren: M fortführen: ✓ | Erläuterung von Änderungen der Medikation |
|--|-----------|---------|--------|-----------|-----------------------------|--------------------------------|------------|--|---|
| | morgens | mittags | abends | zur Nacht | | | | | |
| Ciprobay 500mg Tabletten | 1 | 0 | 1 | 0 | Harnwegs- infekt | xx.yy.zz | V | | |
| | | | | | | | | | |

Nicht verschreibungspflichtige Medikamente

Nehmen Sie **Medikamente** ein, die Sie **ohne ein Rezept** des Arztes kaufen könne (z.B. Aspirin) Nein Ja
 oder **pflanzliche Mittel** (z.B. Johanniskraut)? Nein Ja
 Wenn ja, welche und wie nehmen Sie diese ein?

| | | | | | | | | | |
|--------------------------------|---|---|---|---|----------------------|---|------------|--|--|
| Aspirin 500mg Tabletten | 1 | 0 | 0 | 0 | Kopfschmerzen | X | bei Bedarf | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

* V: vor der Mahlzeit, Z: zur Mahlzeit, N: nach der Mahlzeit, oder weitere Einnahmehinweise



Krankenhaus XY

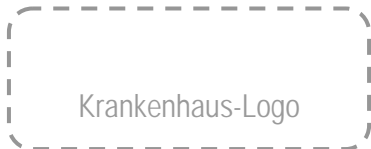


Augen-/Ohren-/Nasentropfen

Verwenden Sie: **Augentropfen** Nein Ja
Ohrentropfen Nein Ja
Nasentropfen/ Nasensprays? Nein Ja

Wenn ja, welche Präparate verwenden Sie?

| Arzneimittel → Name Präparat → Wirkstoff / Stärke | Dosierung (Anzahl der Tropfen/ der Hübe) | | | | Indikation | Applikations- ort | Hinweise | Änderung? absetzen: > pausieren: P austauschen: X modifizieren: M fortführen: ✓ | Erläuterung von Änderungen der Medikation |
|---|--|---------|--------|-----------|----------------|----------------------|----------|--|---|
| | morgens | mittags | abends | zur Nacht | | | | | |
| Tim-Ophtal 0,1% Augentropf. | 1 | 0 | 1 | 0 | Glaukom | beide Augen | X | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |



Krankenhaus XY



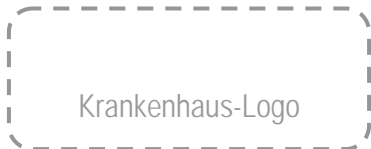
Vitamine / Mineralstoffe / Nahrungsergänzungsmittel

Nehmen Sie **Vitamine** (z.B.: Vitamin B) Nein Ja
Mineralstoffe (z.B.: Calcium, Eisen) Nein Ja
Ergänzungsmittel (z.B: Glucosamin) ein? Nein Ja

Wenn ja, welche und wie nehmen Sie diese ein?

| Arzneimittel → Name Präparat → Wirkstoff / Stärke → Darreichungsform → Zusatz: retard o.ä. | Dosierung | | | | Indikation | pausiert seit/ab (Datum) | Einnahme [*] | Änderung? absetzen: > pausieren: P austauschen: X modifizieren: M fortführen: ✓ | Erläuterung von Änderungen der Medikation |
|---|------------------|----------------|---------------|------------------|--------------------|--|------------------------------|--|--|
| | morgens | mittags | abends | zur Nacht | | | | | |
| Floradix Eisen 100mg forte Filmtabletten | 1 | 0 | 1 | 0 | Eisenmangel | X | V | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

* V: vor der Mahlzeit, Z: zur Mahlzeit, N: nach der Mahlzeit, oder weitere Einnahmehinweise



Krankenhaus XY



Inhalatoren / Pflaster / Cremes / Salben / injizierbare Medikamente

- Verwenden Sie **Inhalatoren** Nein Ja
Medizinische Pflaster Nein Ja
Medizinische Cremes oder Salben Nein Ja
Suppositorien, Vaginaltabletten Nein Ja
Injizierbare Medikamente (z.B. Insulin)? Nein Ja

Wenn ja, welche Präparate verwenden Sie?

| Arzneimittel → Name Präparat → Wirkstoff / Stärke → Darreichungsform | Dosierung (Anzahl der Tropfen/ der Hübe) | | | | Indikation | Applikations- ort | Hinweise | Änderung? absetzen: > pausieren: P austauschen: X modifizieren: M fortführen: ✓ | Erläuterung von Änderungen der Medikation |
|---|--|----------|----------|--------------|------------------|---------------------------|---|--|---|
| | morgens | mittags | abends | zur Nacht | | | | | |
| Durogesic 75 µg/h Pflaster | 1 | 0 | 0 | 0 | Schmerzen | Oberarm, links | Wechsel alle 3 Tage (zu- letzt am ...) | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

Abgesetzte oder geänderte Medikamente

Gibt es Arzneimittel die Sie (oder Ihr Arzt) kürzlich abgesetzt oder geändert haben? Nein Ja

Welche? Was war der Grund für die Änderung? _____

| Medikamentenanamnese erstellt durch: | |
|--------------------------------------|--|
| Name | |
| Funktion | |
| Unterschrift | |