

ANMELDUNG SPRECHSTUNDE KLINISCHE PHARMAKOLOGIE

ANGABEN PATIENT*IN

Vorname: _____
Name: _____
Strasse: _____
PLZ / Ort: _____
Telefon P/G/M: _____
Geburtsdatum: _____

Kostenträger: _____
Vers.- /Unfall-Nr.: _____
Karten-Nr.: _____
AHV-Nr.: _____
Grösse: _____
Gewicht: _____

GEWÜNSCHTE LEISTUNG

- ☐ Individuelle Anpassung von Medikamentendosierungen
- ☐ Erkennung und Beurteilung von Arzneimittelinteraktionen
- ☐ Überwachung kritischer Therapien durch Therapeutisches Drug Monitoring (TDM)
- ☐ Abklärung unerwünschter Arzneimittelwirkungen (UAW)
- ☐ Pharmakotherapie bei besonderen Patientengruppen
- ☐ Beurteilung komplexer Medikationssituationen (Polypharmazie)
- ☐ Untersuchung der Therapietreue (Adhärenz)
- ☐ Pharmakogenetische Analyse

FRAGESTELLUNG

BEMERKUNGEN

BEFUNDE/UNTERLAGEN

Bitte legen Sie folgende Befunde und Unterlagen bei:

- aktuelle Diagnoseliste
- Laborwerte (inkl. Medikamentenspiegel, falls vorhanden)
- Medikamentenplan
- EKG
- Allergiepass (falls vorhanden)

Vielen Dank.

KONTAKTDATEN ZUWEISER*IN

Vorname: _____
Name: _____
Praxisname: _____
Fachgebiet: _____

Strasse: _____
PLZ/Ort: _____
Telefon: _____
E-Mail: _____

KLINISCHE PHARMAKOLOGIE

ST. ANNA-STRASSE 32
6006 LUZERN
+41 41 208 32 90
KLINIKINNERE.STANNA@HIRSLANDEN.CH

DATUM: _____