

Berichtsbogen arzneimittelbezogene Probleme „Pharmazeutische Betreuung bei oraler Antitumorthérapie“

Name Patient/in: _____ Geburtsdatum: _____ Datum: _____ Seite: _____

Wirkstoffe	Arzneimittelbezogenes Problem	Maßnahme/Lösung	In der Apotheke gelöst		Rücksprache mit dem Arzt		Bemerkungen/Nachverfolgung
			Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
			Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
			Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
			Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
			Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	