



Marienhospital Gelsenkirchen GmbH Postfach 100151/61 45801 Gelsenkirchen

Virchowstraße 135  
45886 Gelsenkirchen  
Telefon 02 09/172-3400  
Telefax 02 09/172-3499  
apotheker@marienhospital.eu  
www.marienhospital.eu

An  
alle Patientinnen und Patienten,  
bei denen ein Krankenhausaufenthalt geplant ist

Liebe Patientin, lieber Patient,

um Ihre Therapie im Krankenhaus sicher zu gestalten, ist es wichtig zu wissen, welche Arzneimittel Sie regelmäßig einnehmen.

Wir möchten Sie daher bereits vor Ihrem Krankenhausaufenthalt bitten, alle Arzneimittel zu benennen, die Sie zurzeit verwenden. Bitte geben Sie alle Arzneimittel an, die Ihnen Ihr Hausarzt oder Ihr Facharzt verschrieben hat sowie auch alle Arzneimittel, die Sie ohne Rezept erworben haben. Bitte vergessen Sie beim Auflisten auch Augentropfen, wirkstoffhaltige Salben oder Mineralstoff-/ Vitaminpräparate nicht.

Arzneimittel	Wann und in welcher Menge nehmen Sie das Arzneimittel ein?			
	Morgens	Mittags	Abends	Zur Nacht
Bitte geben Sie die <b>vollständige Bezeichnung</b> mit allen <b>Namenszusätzen</b> und die <b>Stärke</b> an:				

Sind Ihnen Organfunktionsstörungen bekannt? Niere:  ja  nein / Leber:  ja  nein

Liegen Arzneimittelallergien vor? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Wie groß bzw. schwer sind Sie? Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm / Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Das ausgefüllte Formular geben Sie bitte bei Ihrer Untersuchung wieder in der Ambulanz ab oder bringen es am Tag Ihrer Krankenhausaufnahme mit. Um eventuelle Rückfragen zu klären, ist es am einfachsten, wenn Sie zusätzlich Ihre Arzneimittel am Tag Ihrer Krankenhausaufnahme mit Originalverpackung mitbringen.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Apotheken-Team

*Vom Krankenhaus auszufüllen bzw. Patientenaufkleber:*

<i>Patientenname:</i> _____	<i>Geplantes</i>	<i>Ansprechpartner:</i> _____
<i>Vorname:</i> _____	<i>Aufnahmedatum:</i>	<i>Tel.-Nr. (für evtl. Rückfragen):</i>
<i>Geburtsdatum:</i> _____	_____	0209 / 172 - _____