Arbeitsmaterialien für die pharmazeutischen Dienstleistungen

**Erweiterte Medikationsberatung bei Polymedikation**

**im Alten- & Pflegeheim**

* **Checkliste zur ergänzenden Datenerfassung bei der Medikationsberatung im Alten- und Pflegeheim**

Stand: 25.09.2023

**Hinweise für die Verwendung:**

Die Vorlage auf den folgenden Seiten dient als Vorbereitung der Durchführung der pDL „Erweiterte Medikationsberatung bei Polymedikation im Alten- und Pflegeheim“. Sie wird von der zuständigen Pflegekraft ausgefüllt. Sofern erforderlich, ist sie an die individuellen Abläufe und Gegebenheiten der Apotheke bzw. des Heims anzupassen.

Die Arbeitshilfe dient der Dokumentation für die Apotheke und ist nicht zur Abgabe an   
Patient\*innen bzw. Ärzt\*innen gedacht.

Datum:

**Behandelnder Arzt/behandelnde Ärztin:**

**Zuständige Pflegefachkraft:**

**Optional:** Größe: cm, Gewicht: kg, BMI: kg/m²

**Optional:** Blutdruckwerte: ᴓ mm Hg Puls: ᴓ /min

**Diagnosen:**

**Bekannte Arzneimittelallergien**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Folgende Symptome sind in den letzten vier Wochen verstärkt aufgetreten (ankreuzen, wenn dieses Symptom vorliegt):**

|  |  |
| --- | --- |
| Schlafstörungen |  |
| Schwindel |  |
| Sturz |  |
| Appetitlosigkeit |  |
| Schluckbeschwerden |  |
| Übelkeit und/oder Erbrechen |  |
| Magenbeschwerden |  |
| Sodbrennen |  |
| Verstopfung |  |
| Durchfall |  |
| Atemprobleme |  |
| Herzbeschwerden |  |
| Geschwollene Beine |  |
| Nasen- und/oder Zahnfleischbluten |  |
| Blaue Flecken |  |
| Juckreiz und/oder Hautausschlag |  |
| Sonstiges (hier Symptom eintragen) |  |

**Der Patient/die Patientin benutzt bzw. ist:**

|  |  |
| --- | --- |
| Stock, Gehilfe |  |
| Rollator |  |
| Rollstuhl |  |
| Bettlägerig |  |

**Besondere Angaben zum/zur Patient\*in:**

|  |  |
| --- | --- |
| Patient\*in zerbeißt alle Arzneimittel |  |
| Patient\*in hat eine Magensonde |  |
| Patient\*in hat eine Jejunalsonde |  |
| Patient\*in hat ein Stoma |  |
| Patient\*in verweigert die Einnahme der Arzneimittel |  |
| Patient\*in hat Schluckstörungen |  |

**Bitte halten Sie folgende weitere Daten zum/zur Patient\*in zum Medikationsgespräch bereit:**

* Aktueller Medikationsplan
  + Dauermedikation
  + Akutmedikation
  + Bedarfsmedikation
* Übersicht über Arzneimittel in Eigenverantwortung
* Ggf. Arztbrief/Krankenhausbericht
* Ggf. Pflegebericht