

Anfrage an das Zentrum für Arzneimittelinformation und Pharmazeutische Praxis (ZAPP) der ABDA

Fax: 030/40004 – 243, E-Mail: zapp@abda.aponet.de

Name Anfragender:	
<input type="checkbox"/> Öffentliche Apotheke <input type="checkbox"/> Krankenhaus-Apotheke <input type="checkbox"/> Arztpraxis <input type="checkbox"/> Sonstiger:	
Apotheke/Institution:	
Straße, Haus-Nr.:	
Postleitzahl, Ort:	
Telefon: (bitte für Rückfragen angeben)	
Fax:	
E-mail:	
Arzneimittel, -stoff bzw. Thema:	
Fragestellung: (Bitte so detailliert wie möglich, ggf. Rücksprache mit dem behandelnden Arzt)	
Angaben Patient: (soweit bekannt)	Alter: _____ Geschlecht: <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m Körpergewicht: _____ kg <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale <input type="checkbox"/> Bluthochdruck <input type="checkbox"/> Herzerkrankung <input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz <input type="checkbox"/> Leberinsuffizienz <input type="checkbox"/> Schwangerschaft <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
Eingenommene Arzneimittel: (soweit bekannt)	<input type="checkbox"/> Antikoagulanzen <input type="checkbox"/> Antiepileptika <input type="checkbox"/> Blutdruck-/Herz-Mittel <input type="checkbox"/> Schmerzmittel/Rheumamittel <input type="checkbox"/> Asthmamittel <input type="checkbox"/> Orale Kontrazeptiva <input type="checkbox"/> Welche: _____
Gewünschte Information für:	<input type="checkbox"/> Information und Beratung des behandelnden Arztes <input type="checkbox"/> Allgemeine Information für die Apotheke <input type="checkbox"/> Unterstützung zur konkreten Patientenberatung <input type="checkbox"/> Anderes: _____
Selbst durchgesehene Quellen: (ohne Ergebnisse)	

Wir beantworten Ihre Fragen zu **pharmakologisch-medizinischen Themen**, wie z.B. zur Anwendung, Wirkung und Kombination von Arzneimitteln zur Therapie von Erkrankungen. Bitte füllen Sie dazu den Fragebogen möglichst **vollständig** aus. Bitte vermeiden Sie Anfragen, die Sie mit in der Apotheke üblichen Hilfsmitteln nach § 5 ApBetrO oder der ABDA-Datenbank beantworten können. Richten Sie bitte Fragen in Zusammenhang mit der **Arzneimittelsicherheit (Arzneimittelrisiken, Qualitätsmängel, rechtliche Rahmenbedingungen des Inverkehrbringens)** an die AMK (Tel. 06196/928-174/5, Fax 06196/928-176) und zur Anfertigung von **Rezepturen** an das NRF (Fax 06196/928-330). Vielen Dank!