



## Anleitung zur Nutzung des Feedback-Bogens

### Medizinische Klinik (Kreih-Klinik)

Klinische Pharmakologie und  
Pharmakoepidemiologie  
Kooperationseinheit Klinische  
Pharmazie

Im Neuenheimer Feld 410  
69120 Heidelberg

**Prof. Dr. Walter E. Haefeli**  
**Dr. Hanna Seidling**  
**Christine Faller**

### Ansprechpartnerin:

Christine Faller, Apothekerin  
Tel. 06221/56-8246  
Fax: 06221/56-4642  
christine.faller@med.uni-heidelberg.de

**Sehr geehrtes Praxisteam!**  
Bei folgendem Rezept ist eine Unklarheit aufgetreten, die wir gerne mit Ihnen klären möchten. Dazu bitten wir um eine kurze Rückmeldung an unsere Apotheke. Vielen Dank für die Zusammenarbeit!

**Fax-Nummer unserer Apotheke:**

1

Für die Rückmeldung an den Arzt bitte hier das Rezept einkopieren.

Apothekenstempel

6

**Bei der Verordnung ist folgende Problematik aufgetreten (Pos. = Rezeptposition):**

<input type="checkbox"/> Datum überschritten	<input type="checkbox"/> Datum fehlt	<input type="checkbox"/> Leserlichkeit (Pos. _)
<input type="checkbox"/> Außer Handel (Pos. _)	<input type="checkbox"/> nicht lieferbar (Pos. _)	<input type="checkbox"/> Nicht erstattungsfähig (Pos. _)
<input type="checkbox"/> gebührenfrei nicht gekreuzt	<input type="checkbox"/> Aut-idem-Kreuz unpassend (Pos. _)	
<input type="checkbox"/> Menge unklar (Pos. _)		
<input type="checkbox"/> Unklares Arzneimittel/Hilfsmittel verordnet (Pos. _)	<b>BIM:</b>	
<input type="checkbox"/> Mehrkosten für den Patient unerwartet (Pos. _)	<input type="checkbox"/> Dosierung fehlt (Pos. _)	
<input type="checkbox"/> Hilfsmittel und Arzneimittel auf einem Rezept	<input type="checkbox"/> Sonstiges: (Pos. _)	

**Angaben zum Versicherten fehlen:**

<input type="checkbox"/> Falscher Patient ausgewählt	<input type="checkbox"/> Krankenkasse	<input type="checkbox"/> Rezeptur:
<input type="checkbox"/> BG-Daten bei Arbeitsunfall nicht ausgefüllt	<input type="checkbox"/> Sonstiges: (Pos. _)	<input type="checkbox"/> Gebrauchsanweisung fehlt (Pos. _)
		<input type="checkbox"/> Plausibilität (Pos. _)
		<input type="checkbox"/> Sonstiges: (Pos. _)

**Angaben zum Arzt fehlen:**

<input type="checkbox"/> Arztname	<input type="checkbox"/> Stempel	<b>Keine Abgabe des Rabattartikels, da:</b>
<input type="checkbox"/> Arztunterschrift		<input type="checkbox"/> Pharmazeutische Bedenken (Pos. _)
<input type="checkbox"/> Sonstiges: (Pos. _)		<input type="checkbox"/> Dringlichkeit (Pos. _)
		<input type="checkbox"/> Sonstiges: (Pos. _)

**Sonstiges:** \_\_\_\_\_

**Wie haben in der Apotheke wie folgt reagiert:**

Dieses Problem wurde in der Apotheke vollständig gelöst.

Dieses Problem ist nur zur Information für die Praxis.

Rückmeldung der Praxis gewünscht, **bitte tragen Sie hier Ihre Rückmeldung ein:**

5

- 1

**Kopieren Sie hier das Rezept ein.**

Stellen Sie sicher, dass die Faxnummer korrekt ist. Dritte dürfen keinen Einblick in die Patientendaten erhalten.
- 2

**Wählen Sie das bei diesem Rezept aufgetretene Problem aus.**
- 3

**Beschreiben Sie kurz Ihre Intervention.**

z.B. Rezept nach Rücksprache mit dem Arzt geändert
- 4

**Kreuzen Sie hier an,** falls Sie den Bogen ausschließlich für eine interne Dokumentation nutzen wollen.
- 5

**Hier kann der Arzt Rückmeldung an Sie geben** und das Fax als Vorlage benutzen.
- 6

**Geben Sie hier Ihre Kontaktdaten an,** für mögliche Rückfragen des Arztes.