**12**

***Anhang***

 *Protokoll ApoFon*

 *Lieferliste*

 *Aufkleber*

**Protokoll für ApoFon**

Stempel Apotheke

**Patient:**

Name: Adresse:

Geburtsdatum: / /

 Telefon:

**Fallbeschrieb:**

**Therapie-Empfehlungen/Verhaltenstipps:**

**□ Arztbesuch bis spätestens:** **□ Apothekenbesuch □ zur Notfallstation geschickt**

Datum & Zeit: Name & Unterschrift Apotheker:

**Patient:**

Name: Adresse:

Geburtsdatum: / /

 Telefon:

**Fallbeschrieb:**

**Therapie-Empfehlungen/Verhaltenstipps:**

**□ Arztbesuch bis spätestens:** **□ Apothekenbesuch □ zur Notfallstation geschickt**

Datum & Zeit: Name & Unterschrift Apotheker:

**Lieferliste**

Stempel Apotheke

Datum: Zeit: Name des verantwortlichen Apothekers:

**Patient:**

Name: Adresse:

 Telefon:

**Arzt:**

Name: Adresse:

KSK-Nr.: Telefon:

**Produkt:**

Name(n), Dosierstärke(n), Packungsgrösse(n), Preis(e):

**Gutschein:**

Gutschein-Nr.: Fahrtpreis (=Taxe): Kunde (=Zuschlag):

AVKZ (=Total): Betrag Ware: Total (=Fahrt + Ware):

**Taxifahrer:**

Name: Unterschrift:

Datum: Zeit: Name des verantwortlichen Apothekers:

**Patient:**

Name: Adresse:

 Telefon:

**Arzt:**

Name: Adresse:

KSK-Nr.: Telefon:

**Produkt:**

Name(n), Dosierstärke(n), Packungsgrösse(n), Preis(e):

**Gutschein:**

Gutschein-Nr.: Fahrtpreis (=Taxe): Kunde (=Zuschlag):

AVKZ (=Total): Betrag Ware: Total (=Fahrt + Ware):

**Taxifahrer:**

Name: Unterschrift: