VIACTIV Krankenkasse

SU PASAPORTE MÉDICO Ihr Arzneimittelpass

Una terapia farmacológica óptima presupone la información de todos los intervenientes. Este pasaporte médico le asiste a este fin a usted, su farmacia y los médicos responsables de su tratamiento. Así funciona:

- Rellene por favor todos los fármacos prescritos y comprados por usted mismo que utiliza con frecuencia.
- Su médico o farmacéutico le puede ayudar a rellenar el pasaporte, por ejemplo en lo relativo a la sustancia activa y la potencia. Estos datos figuran también en el embalaje del fármaco y/o el prospecto.
- Indique en “forma farmacéutica” si se trata, por ejemplo, de comprimidos, de una pomada o de un jarabe.
- Indique en “tiempo y cantidad de toma” cuándo y en qué cantidad toma usted el medicamento. **Ejemplo:** Usted toma por la mañana dos comprimidos, al mediodía ninguno, por la tarde medio comprimido y para la noche un comprimido. Rellene entonces 2 – 0 – 0,5 – 1 en los campos correspondientes.
- Rellene asimismo eventuales alergias o incompatibilidades (medicamentosas).

Usted debería llevar siempre consigo esta lista clara y concisa de todos los medicamentos tomados por usted. Exhiba su pasaporte médico con ocasión de cada cita médica y cada compra de fármacos en una farmacia. Su médico / farmacéutico podrá elegir así la sustancia activa adecuada para su terapia farmacológica.

¡Está información puede salvarle la vida en caso de urgencia! ¡Para que le vaya bien a su salud!

Su VIACTIV Krankenkasse

Datos personales Persönliche Angaben

Apellido Name	
Nombre Vorname	
Fecha de nacimiento geboren am	
N° de tarjeta sanitaria electrónica eGk-Nr.	
Calle Straße	
Número Hausnr.	
Código Postal PLZ	
Población Ort	
Teléfono Telefon	
Teléfono móvil Mobil	
Correo electrónico E-Mail	

Datos del médico de cabecera

Angaben Hausarzt

Nombre Name	
Calle Straße	
Número Hausnr.	
Código Postal PLZ	
Población Ort	
Teléfono Telefon	
Teléfono móvil Mobil	
Correo electrónico E-Mail	

Obsérvese Zu Beachten

- ☐ Embarazo Schwangerschaft
- ☐ Período de lactancia Stillzeit
- ☐ Diálisis Dialyse

Alergias / incompatibilidades

Allergien / Unverträglichkeiten

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Para toma Zur Einnahme

Enfermedad Erkrankung	Sustancia activa Wirkstoff	Potencia Wirkstärke	Forma farmacéutica Arzneiform	Nombre comercial Handelsname	Tiempo y cantidad de toma Zeitpunkt und Menge der Einnahme: mañana morgens	mediodía mittags	tarde abends	noche zur Nacht	Instrucciones de uso Einnahme-Hinweis

Para aplicación exterior Zur äußeren Anwendung

Enfermedad Erkrankung	Sustancia activa Wirkstoff	Potencia Wirkstärke	Forma farmacéutica Arzneiform	Nombre comercial Handelsname	mañana morgens	mediodía mittags	tarde abends	noche zur Nacht	Указание за прилагане AInstrucciones de uso

Fármaco de emergencia / utilizar en caso de necesidad Notfall-Arzneimittel / bei Bedarf anzuwenden

Enfermedad Erkrankung	Sustancia activa Wirkstoff	Potencia Wirkstärke	Forma farmacéutica Arzneiform	Nombre comercial Handelsname	mañana morgens	mediodía mittags	tarde abends	noche zur Nacht	Указание за прилагане Instrucciones de uso