

**Anfrage an die Arzneimittelinformationsstelle  
der Apothekerkammer Schleswig-Holstein  
Düsternbrooker Weg 75, 24105 Kiel**

Per Telefax: 0431/5793520 (für telefonische Rückfragen: 0431-5793513)

Datum: .....

■ **Absender** (bitte mit schwarzer Schrift und in Druckbuchstaben, keine Stempel verwenden)

Anfragende/r bzw. Ansprechpartner: .....

Apotheke:.....

Straße:.....

PLZ/Ort:.....

Telefon:.....

Telefax:.....

E-Mail:.....

Öffentliche Apotheke

Krankenhausapotheke

■ **Anfrage** (bitte so präzise wie möglich formulieren):

.....  
.....  
.....  
.....

■ **(Hinter-)Grund der Anfrage:**

.....

■ **Die Information dient der Beantwortung der Anfrage:**

eines Patienten

eines Arztes

der Apotheke/Arztpraxis

■ **Bisherige durchgeführte Recherche ohne Ergebnis in:**

Rote Liste

Aktuelle PZ

ABDA-Datenbank

Lehrbücher

Pharm. Stoffliste

welche?:.....

Hager's Handbuch

.....

**Bitte haben Sie Verständnis dafür, daß die Bearbeitung von Anfragen in Einzelfällen bis zu zwei Tagen dauern kann.**

**Haftungsausschluß: Die Recherche erfolgt nach bestem Wissen und Gewissen. Es wird keine Haftung für die Richtigkeit übernommen. Der anfragende Apotheker/die anfragende Apothekerin hat die Letztentscheidung und trägt die Verantwortung für die Weitergabe dieser Information.**