Anfrage per Telefax: 0661 / 84 64 33 an die Arzneimittelinformationsstelle der Landesapothekerkammer Hessen **Apotheke der Klinikum Fulda gAG** **Pacelliallee 4** **36043 Fulda**	**Wird von der RAMIS ausgefüllt:** **Lfd. Nr. _____**
Ansprechpartner:	Apotheke:
Postleitzahl, Ort:	Straße:
Telefon:	Telefax:

Fragestellung (möglichst kurze und prägnante Formulierung - bitte deutlich schreiben):

Anfrage kommt vom: **Arzt** ☐ **Patient** ☐

betrifft: .....
Arzneimittel / Erkrankung

Welche Informationsquellen wurden bereits genutzt?

Wie dringlich ist die Anfrage?

Antwort wird erbeten in Form von:

☐ **Postversand** ☐ **Faxversand an Nr. .....**

Haftungsausschluss:
Zwischen dem Anfragenden und den Mitarbeitern der Arzneimittelinformationsstelle besteht kein eigenes vertragliches Verhältnis (z. B. in Gestalt eines Beratervertrages). Ansprüche aus Vermögensschäden gegen die Informationsstelle bzw. eine Haftung des Mitarbeiters der Informationsstelle sowie gegen die Landesapothekerkammer Hessen bei Einzelauskünften sind bereits dem Grunde nach ausgeschlossen. Der Anfragende hat, bestätigt durch seine Unterschrift, zur Kenntnis genommen, dass die Letztentscheidung und damit auch die Verantwortung für die getroffene Entscheidung im Falle einer ggf. irrtümlichen Auskunft durch die Mitarbeiter der Informationsstelle bei dem jeweiligen Anfragenden selbst liegt.

Ort/Datum: _____ **Unterschrift:** _____