

# Apotheken in der Altersarbeit - Evaluation: „Optimierung Medikamenteneinsatz“

Ich bin **AVKZ-Mitglied** (verantwortliche Leiterin / verantwortlicher Leiter der Apotheke) und nehme an der Evaluation **über 3  Monate (ab Juli 2011) bzw. über 6  Monate** teil.

Name, Vorname: .....

Apotheke: .....  
.....

Ich bin **AVKZ-Mitglied** (angestellte Apothekerin / angestellter Apotheker) und nehme an der Evaluation **über 3  Monate (ab Juli 2011) bzw. über 6  Monate** teil.

Name, Vorname: .....

Apotheke: .....  
.....

Ich bin **Nichtmitglied** (verantwortliche Leiterin / verantwortlicher Leiter der Apotheke) und nehme an der Evaluation **über 3  Monate (ab Juli 2011) bzw. über 6  Monate** teil.

Name, Vorname: .....

Apotheke: .....  
.....

Ich bin **Nichtmitglied** (angestellte Apothekerin / angestellter Apotheker) und nehme an der Evaluation **über 3  Monate (ab Juli 2011) bzw. über 6  Monate** teil.

Name, Vorname: .....

Apotheke: .....  
.....

Ich interessiere mich auch für Informationen zu den **Dosetten**.

Ich interessierte mich auch für Informationen zu **DOT**.

✂.....

Reminder für Apotheker/in: Lieferung Monatsblätter Evaluation über 3  bzw. 6  Monate ab Juli 2011 jeweils Ende Monat an den AVKZ.