

Teilnahmeantrag 4P



Persönliche Angaben

Name:

Vorname:

E-Mail:

Straße u. Hausnummer

PLZ und Wohnort

weitere Angaben

Hersteller des eigenen Smartphones

Typ des eigenen Smartphones

Anzahl Einnahmezeitpunkte der Medikamente am Tag

mal

Vergisst Du häufig die Einnahme deiner Medikamente?

ja - häufig

eher selten

ja - manchmal

nie

Nutzt du heute bereits eine medizinische App, die dich an die Medikamenteneinnahme erinnert?

ja nein

Wenn ja - welche?