

MEIN MEDIKAMENTENPLAN

Vor - und Nachname:		Allergien/Unverträglichkeiten:
Geburtsdatum:		
PLZ, Ort, Straße, Nummer:		
Kontakt im Notfall:		

MEDIKAMENT (oder Wirkstoff)	GRUND der Anwendung	morgens	mittags	abends	Vor dem Schlafen	Hinweise zur Häufigkeit	Anwendungshinweise	Bemerkungen
z.B. Name XY 12,5/50 mg Tabletten	Knochenstärke	*	0	0	0	*1 Tablette Montag morgens	30 Minuten vor dem Frühstück	Mind. 30 min. in aufrechter Haltung bleiben

Medikamente, die ich **regelmäßig** nehme:

MEDIKAMENT (Wirkstoff)	GRUND der Anwendung	morgens	mittags	abends	Vor dem Schlafen	Hinweise zur Häufigkeit	Anwendungshinweise	Bemerkungen
Medikamente, die ich nur bei Bedarf nehme:								