

Medikamentenplan

Mustermann, Peter

01.01.1950

Name, Vorname

Geburtsdatum

Körpermaße

182 95 09.02.2015

Größe (cm) Gewicht (kg) Datum

Medikamentenallergie/-unverträglichkeit:

Keine bekannt

Präparatename	Darreichungsform	Einnahmezeit				Einnahmehinweise*	Einnahmegrund	Einnahme erfolgt			verordnet durch		Selbstmedikation
		morgens	mittags	abends	zur Nacht			dauerhaft	akut	nach Bedarf	Hausarzt	Facharzt	
Ibuprofen 400	Tablette				1	Z oder N	Rückenschmerzen			x			x
Penicillin 1,5	Tablette	1	1	1		V	Mandelentzündung		x		x		
Mometasonfuorat Nasenspray	Spray	1			1		Heuschnupfen		x			x	
Vitamin C	Kapsel	1				N	Stärkung des Immunsystem	x					x
L-Thyroxin 0,75	Tablette	1				V	Schilddrüsenunterfunktion	x				x	

*Einnahmehinweise: **V:** vor der Mahlzeit, **Z:** zur Mahlzeit, **N:** nach der Mahlzeit

Bemerkungen:
