

Medikamentenplan

Name, Vorname

Geburtsdatum

Körpermaße

Medikamentenallergie/-unverträglichkeit:

Größe (cm) Gewicht (kg) Datum

Präparatename	Darreichungsform	Einnahmezeit				Einnahmehinweise*	Einnahmegrund	Einnahme erfolgt			verordnet durch		Selbstmedikation
		morgens	mittags	abends	zur Nacht			dauerhaft	akut	nach Bedarf	Hausarzt	Facharzt	

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

Bemerkungen: _____