

# Medikationsplan

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Größe \_\_\_\_\_ Gewicht \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Medikamentenunverträglichkeit/-allergie: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Präparatename	Wirkstoff	Stärke	Dosierung					Hinweise	Grund
			morgens	mittags	abends	zur Nacht	bei Bedarf		

Medikamente mit einer besonderen Anwendung (z. B. Pflaster, Salbe, nur 1x wöchentlich anzuwenden):

Präparatename	Wirkstoff	Stärke	Anwendung	Hinweise	Grund