**Medikamentenplan für: ……………………………………………..
Geburtsdatum: ……….. Größe: …….. Gewicht: …………**

**Datum: …………………… Vers.-Nr.: \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_**

Tragen Sie hier alle von Ihnen genommenen Medikamente mit der verordneten Dosierung in Milligramm ein. Kreuzen Sie zusätzlich an, zu welcher Tageszeit Sie das Medikament einnehmen.

**Regelmäßige Medikamenteneinnahme:**

Name: ……………………………………………………………………………………………………

Dosierung: ……… mg

Termin: ⃝ morgens ⃝ mittags ⃝ abends ⃝ zur Nacht
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Name: ……………………………………………………………………………………………………

Dosierung: ……… mg

Termin: ⃝ morgens ⃝ mittags ⃝ abends ⃝ zur Nacht

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Name:……………………………………………………………………………………………………

Dosierung: ……… mg

Termin: ⃝ morgens ⃝ mittags ⃝ abends ⃝ zur Nacht

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Name:……………………………………………………………………………………………………

Dosierung: ……… mg

Termin: ⃝ morgens ⃝ mittags ⃝ abends ⃝ zur Nacht

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Name:……………………………………………………………………………………………………

Dosierung: ……… mg

Termin: ⃝ morgens ⃝ mittags ⃝ abends ⃝ zur Nacht

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Name:……………………………………………………………………………………………………

Dosierung: ……… mg

Termin: ⃝ morgens ⃝ mittags ⃝ abends ⃝ zur Nacht

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Name:……………………………………………………………………………………………………

Dosierung: ……… mg

Termin: ⃝ morgens ⃝ mittags ⃝ abends ⃝ zur Nacht

**Medikamente nur bei Bedarf:**

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Name:……………………………………………………………………………………………………

Dosierung: ……… mg Bedarf: ………………………………………………………

Termin: ⃝ morgens ⃝ mittags ⃝ abends ⃝ zur Nacht

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Name:……………………………………………………………………………………………………

Dosierung: ……… mg Bedarf: ………………………………………………………

Termin: ⃝ morgens ⃝ mittags ⃝ abends ⃝ zur Nacht

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Name:……………………………………………………………………………………………………

Dosierung: ……… mg Bedarf: ………………………………………………………

Termin: ⃝ morgens ⃝ mittags ⃝ abends ⃝ zur Nacht

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Name:……………………………………………………………………………………………………

Dosierung: ……… mg Bedarf: ………………………………………………………

Termin: ⃝ morgens ⃝ mittags ⃝ abends ⃝ zur Nacht

**Ich habe folgende Medikamenten-Unverträglichkeiten:**

Name:……………………………………………………………………………………………………

Wirkstoff…………………………………………………………………………………………………

Beobachtete Auswirkung: ……………………………………………………………………………………………………………

Name:……………………………………………………………………………………………………

Wirkstoff…………………………………………………………………………………………………

Beobachtete Auswirkung: ……………………………………………………………………………………………………………

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Name:……………………………………………………………………………………………………

Wirkstoff:…………………………………………………………………………………………………

Beobachtete Auswirkung: ……………………………………………………………………………………………………………

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Welcher Arzt ist zu verständigen?**

Name: ………………………………… Gebiet: ………………… Rufnummer: …………….