

Medikamentenliste

Bitte ausgefüllt zu jedem Termin und zu jedem Krankenhausaufenthalt mitbringen.

Name, Vorname

Geburtsdatum

Stand (Datum)

1 Dauermedikation

Medikament / Wirkstoff	Stärke	morgens	mittags	abends	zur Nacht	Grund / Hinweis

2 Bedarfsmedikamente (z. B. Schmerzmittel, Bedarfsspray)

Medikament / Wirkstoff	Stärke	Wann und wie oft?	Grund / Hinweis

3 Weitere Angaben

Allergien und Unverträglichkeiten

Blutverdünnung

☐ nein ☐ ja – welche:

Nahrungsergänzungsmittel, pflanzliche und rezeptfreie Präparate

Diese Liste dient der Übersicht in unserer Praxis und ersetzt nicht den bundeseinheitlichen Medikationsplan.