

Medikamentenplan

Name: _____ Geburtsdatum: _____ Stand vom: _____

Hausarzt/Hausärztin: _____ Telefon: _____ Apotheke: _____

Medikament	Wirkstoff	Stärke	Form	morgens	mittags	abends	zur Nacht	Hinweise	Grund

Hinweis: Diese Übersicht ersetzt nicht den bundeseinheitlichen Medikationsplan. Änderungen bitte nur nach Rücksprache mit Arzt, Ärztin oder Apotheke eintragen.

Bei Bedarf, Allergien, weitere Ärzte

Name: _____

Stand vom: _____

Medikamente bei Bedarf

Medikament	Stärke	Wofür / wann	Höchstmenge pro Tag (laut Verordnung)	Hinweise

Allergien und Unverträglichkeiten

Weitere Ärztinnen und Ärzte

Fachrichtung	Name	Telefon

Hinweis: Diese Übersicht ersetzt nicht den bundeseinheitlichen Medikationsplan. Änderungen bitte nur nach Rücksprache mit Arzt, Ärztin oder Apotheke eintragen.