|  |
| --- |
| **Medikationsplan** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Name, Vorname:** | Bitte ausfüllen | | |  | | **Größe:** | | Bitte ausfüllen cm |
| **Geburtsdatum:** | Bitte Datum auswählen. | | |  | | **Gewicht:** | | Bitte ausfüllen kg |
| **Allergien/Unverträglichkeiten:** |  | | |  | | **Datum:** | | Bitte Datum auswählen. |
|  |  | | |  | |  | |  |
| **Wirkstoff** | | **Handelsname** | **Stärke** | **morgens** | **mittags** | **abends** | **zur Nacht** | **Grund** |
| *z.B. Ramipril* | | *Delix®* | *5mg* | *1* | *0* | *0* | *0* | *Bluthochdruck* |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |
| **Arzneimittel bei Bedarf** (z.B. Schmerzmittel, Schlafmittel, Abführmittel)**?** **Präparate der Selbstmedikation** aus Drogerie oder Apotheke (z.B. pflanzliche Präparate, Vitamine)**?** | | | | | | | | |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |