

Liebe Patientin, lieber Patient,

bitte helfen Sie uns, die Übersicht über Ihre Medikamenteneinnahme zu behalten und tragen Sie dazu in die beiden unten stehenden Tabellen ein, welche Medikamente (verschrieben oder frei verkäuflich) Sie einnehmen und in welcher Dosierung. Bitte achten Sie auf **Vollständigkeit** und **gute Lesbarkeit** Ihrer Angaben.

Name

Geburtsdatum

Vom Arzt verschriebene Medikamente

Name des Medikaments (inkl. der Menge des Wirkstoffs; z.B. ASS 50 mg)	Dosis (Anzahl der Tabletten, Tropfen etc.)				
	morgens	mittags	abends	zur Nacht	wöchentl.

Freiverkäufliche Medikamente (von Ihnen zusätzlich gekauft)

Name des Medikaments	Dosis (Anzahl der Tabletten, Tropfen etc.)				
	morgens	mittags	abends	zur Nacht	wöchentl.