

Zur Vorbereitung Ihrer Beratung tragen Sie hier die Arzneimittel ein, die Sie täglich einnehmen



Medikamentenplan



Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Hausarzt (HA) _____ Facharzt (FA) _____ Datum _____

Wirkstoff	Handelsname	Stärke	Form	Einnahmezeitpunkt				Einnahmehinweise	Grund	Arzt	Selbst-medikation
				morgens	mittags	abends	zur Nacht				

Bitte bringen Sie die Ergebnisse Ihrer letzten Blutuntersuchung mit, soweit vorhanden.