

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.