

Medikationsplan

Patient/in: _____ Geburtsdatum: _____ Datum der letzten Aktualisierung: _____

Dauermedikation

Handelsname	Wirkstoff	Dosierung (mg, ml, etc.)	Zeitpunkt und Menge				Hinweise (z. B. vor, zur oder nach der Mahlzeit)	Grund
			Morgen	Mittag	Abend	Nacht		

Bedarfsmedikation (bei Bedarf)

Handelsname	Wirkstoff	Dosierung (mg, ml, etc.)	Zeitpunkt und Menge				Hinweise (z. B. vor, zur oder nach der Mahlzeit)	Grund
			Morgen	Mittag	Abend	Nacht		

Handelsname	Wirkstoff	Dosierung (mg, ml, etc.)	Zeitpunkt und Menge				Hinweise (z. B. vor, zur oder nach der Mahlzeit)	Grund
			Morgen	Mittag	Abend	Nacht		

Selbstmedikation (ohne Rezept)

Handelsname	Wirkstoff	Dosierung (mg, ml, etc.)	Zeitpunkt und Menge				Hinweise (z. B. vor, zur oder nach der Mahlzeit)	Grund
			Morgen	Mittag	Abend	Nacht		