

Meine Medikamentenliste

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Größe (cm): _____ Gewicht (kg): _____ Kreatinin: _____

Nierenfunktion: Normal Eingeschränkt UnbekanntLebererkrankung: Ja Nein Unbekannt

Allergien: _____

Sonstiges: _____

Ausgefüllt am: _____

Regelmäßig	Handelsname und Wirkstoff	Stärke und Form*	morgens	mittags	abends	zur Nacht	Einheit	Hinweise	Einnahmegrund	Vom Arzt verordnet
<input checked="" type="checkbox"/>	<i>BEISPIEL:</i> Aspirin protect® (Acetylsalicylsäure)	100 mg Tabletten	1	0	0	0	Stück		Blutverdünnung	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>										<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>										<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>										<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>										<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>										<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>										<input type="checkbox"/>

Bitte tragen Sie alle Ihre Medikamente ein, auch die rezeptfreien und Nahrungsergänzungsmittel. Besprechen Sie mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt, ob die Medikamentenliste vollständig ist und die Dosierung sowie die Zeiten der Einnahme korrekt eingetragen sind. Es kann sein, dass Sie von Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt auch eine Medikamentenliste bekommen. Wichtig ist, dass Sie **eine** vollständige und aktuelle Liste für z. B. Arztbesuche, Krankenhauseinweisungen etc. immer griffbereit haben.

Bitte Rückseite beachten!


**Kaufmännische
Krankenkasse**

* Form = z. B. Tablette, Saft, Spray, Tropfen, Salbe

Name, Vorname: _____

Regelmäßig	Handelsname und Wirkstoff	Stärke und Form*	morgens	mittags	abends	zur Nacht	Einheit	Hinweise	Einnahmegrund	Vom Arzt verordnet
<input type="checkbox"/>										<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>										<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>										<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>										<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>										<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>										<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>										<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>										<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>										<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>										<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>										<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>										<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>										<input type="checkbox"/>