

Meine Medikamentenliste



Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____ Größe (cm): _____ Gewicht (kg): _____

Nierenfunktion: Normal Eingeschränkt Unbekannt Kreatinin-Wert (mg/dl) (falls bekannt): _____ Lebererkrankung: Ja Nein Unbekannt

Allergien: _____

Sonstiges: _____ Ausgefüllt am: _____

Regelmäßig	Handelsname und Wirkstoff	Stärke und Form*	morgens	mittags	abends	zur Nacht	Einheit**	Hinweise	Einnahmegrund	ärztlich verordnet
<input checked="" type="checkbox"/>	Beispiel: Aspirin protect® (Acetylsalicylsäure)	100 mg Tabletten	1	0	0	0	Stück		Blutverdünnung	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Beispiel: Novaminsulfon-ratiopharm®	500 mg/ml Tropfen	30	30	30	30	Tropfen	bei Bedarf	Schmerzen	<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"/>

