

Meine Medikamentenliste

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Nur wenn wir genau wissen was Sie Einnehmen, können wir Ihnen effektiv weiter helfen! Bitte füllen Sie sorgfältig diese Medikamentenliste aus. Berücksichtigen Sie dabei neben den verordneten auch die ohne Rezept gekauften Arzneimittel. Führen Sie diese Liste auch mit, wenn Sie in Ihrer Apotheke Ihr Rezept einlösen oder ein Arzneimittel ohne Rezept kaufen. Vielen Dank für Ihre Bemühungen!

Datum: _____ Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Medikamentenallergie: _____ Allgemeine Medikamentenunverträglichkeit: _____

Was? Name/Wirkstoff	Wie viel? Dosierung	Wann? Einnahme				Womit? Mahlzeit vor/zur/nach	Wie lange?		Weshalb? Indikation	Durch wen? Hausarzt-Facharzt-Selbst	Wirkung? Gut/keine/schlecht	Neben- wirkungen ?
		Morgens	mittags	abends	nachts		Beginn-Ende					