

Medikamentenplan

1. Patientendaten

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon / Notfallkontakt: _____

Hausarzt: _____

Krankenkasse: _____

2. Aktuelle Medikamente

N r.	Medikament / Wirkstoff	Stärke / Dosierung	Einnahme zeit(en)	Einnahmeart (z. B. Tablette, Tropfen)	Grund / Indikation	Hinw eise
1						
2						
3						
4						
5						

3. Einnahmezeiten im Überblick

Uhrzeit	Morgen s	Mittag s	Abend s	Nacht s
Medikament 1	☐	☐	☐	☐
Medikament 2	☐	☐	☐	☐
Medikament 3	☐	☐	☐	☐
Medikament 4	☐	☐	☐	☐

4. Besondere Hinweise

- Allergien / Unverträglichkeiten:

- **Wechselwirkungen / Warnhinweise:**
- **Hinweise zur Einnahme:**
☐ vor dem Essen ☐ nach dem Essen ☐ mit viel Wasser ☐ andere
Hinweise: _____

5. Ärztliche Kontrolle

Arzt / Fachrichtung	Datum	Bemerkung / Anpassung

6. Notfallinformationen

Blutgruppe: _____

Chronische Erkrankungen: _____

Im Notfall zu benachrichtigen: _____

Telefonnummer: _____

7. Unterschriften

Erstellt am: _____

Erstellt durch (Arzt / Pflege / Patient):

(Unterschrift)