

Medikamentenliste

Liebe Patientin, lieber Patient

Bitte schreiben Sie in der Medikamentenliste alle Medikamente auf, die Sie gegenwärtig einnehmen. Geben Sie auch Häufigkeit und Grund der Einnahme an.

Name des Präparats, Hersteller	Anwendungshäufig- keit (morgens, mittags, abends)	Grund der Einnahme

Bitte geben Sie für Rückfragen Name und Adresse des verschreibenden Arztes an:

Name:

Adresse:

Telefonnummer:

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____