

Meine Medikamentenübersicht

Persönliche Gesprächsvorlage zum Ausfüllen oder Ausdrucken.

Kein offizieller bundeseinheitlicher Medikationsplan. Änderungen immer mit Arztpraxis oder Apotheke abstimmen.

Name (optional)

Stand (Datum)

Medikament 1

Medikament oder Handelsname

Wirkstoff

Stärke und Form

☐ morgens

☐ mittags

☐ abends

☐ nachts

☐ bei Bedarf

Grund der Anwendung

Verordnet von

Notiz oder Frage

Medikament 2

Medikament oder Handelsname

Wirkstoff

Stärke und Form

☐ morgens

☐ mittags

☐ abends

☐ nachts

☐ bei Bedarf

Grund der Anwendung

Verordnet von

Notiz oder Frage

Medikament 3

Medikament oder Handelsname

Wirkstoff

Stärke und Form

☐ morgens

☐ mittags

☐ abends

☐ nachts

☐ bei Bedarf

Grund der Anwendung

Verordnet von

Notiz oder Frage

Meine Medikamentenübersicht

Weitere Medikamente sowie Allergien, Unverträglichkeiten und offene Fragen.

Medikament 4

Medikament oder Handelsname

Wirkstoff

Stärke und Form

☐ morgens

☐ mittags

☐ abends

☐ nachts

☐ bei Bedarf

Grund der Anwendung

Verordnet von

Notiz oder Frage

Medikament 5

Medikament oder Handelsname

Wirkstoff

Stärke und Form

☐ morgens

☐ mittags

☐ abends

☐ nachts

☐ bei Bedarf

Grund der Anwendung

Verordnet von

Notiz oder Frage

Allergien und Unverträglichkeiten

Was ist bekannt und wie hat es sich gezeigt?

Notizen und Fragen

Was möchte ich in Arztpraxis oder Apotheke klären?

Diese Übersicht ersetzt weder eine ärztlich oder pharmazeutisch geprüfte Medikamentenliste noch eine Beratung. Medikamente nicht eigenständig verändern.