



Medikamentenplan

Liebe Patientin, lieber Patient,

bitte notieren Sie in der untenstehenden Tabelle alle aktuellen Medikamente (z.B. Tabletten, Sprays, Insulin, Augentropfen mit Angabe der Stärke/Dosierung/Anordnung etc.)

Benötigen Sie Unterstützung bei der Einnahme/dem Richten der Medikamente? [] Nein [] Ja

Table with 8 columns: Medikament/Wirkstoff, Stärke, Arzneiform, Auge re, li, Morgens, Mittags, Abends, Nachts. The table is currently empty for data entry.



001009001

Mainz,
Ort und Datum

Unterschrift Patient/in

Unterschrift Arzt/Ärztin

Unterschrift ausarbeitende Pflegekraft

Medikamentenplan

Liebe Patientin, lieber Patient,

bitte notieren Sie in der untenstehenden Tabelle **alle aktuellen Medikamente** (z.B. Tabletten, Sprays, Insulin, Augentropfen mit Angabe der Stärke/Dosierung/Anordnung etc.)

Benötigen Sie Unterstützung bei der Einnahme/dem Richten der Medikamente? Nein Ja

Ihr Medikamentenplan								
Medikament/Wirkstoff	Stärke	Arzneiform	Augen		Morgens	Mittags	Abends	Nachts
			re	li				



001009001

Mainz, _____
 Ort und Datum

 Unterschrift Patient/in

 Unterschrift Arzt/Ärztin

 Unterschrift ausarbeitende Pflegekraft