

Stand (Datum): _____

Persönliche Angaben		
Name/Vorname		Hausarzt (Name/Telefon)
Geburtsdatum	Grösse/Gewicht	Weitere Ärzte (Name/Telefon)
Adresse		
Telefon	Mail	Hausapotheke (Name/Telefon)
Im Notfall zu kontaktieren (Name/Telefon)		Krankenkasse (Name/Versicherungsnummer)
Meine Allergien/Unverträglichkeiten		Medikamente, die mir Probleme machen

Hinweise zur Medikamentenliste

- Führen sie auf den Folgeseiten nicht nur die verschriebenen Medikamente auf, sondern auch solche, die sie rezeptfrei gekauft haben.
- Deponieren Sie die Medikamentenliste an einem gut zugänglichen Ort und informieren Sie Ihren Hausarzt und Ihre Notfall-Kontaktperson darüber.
- Halten Sie die Liste stets auf dem aktuellen Stand und besprechen Sie sie einmal jährlich mit ihrem Hausarzt.

Stand (Datum): _____

REGELMÄSSIG eingenommene Medikamente

Medikament	Form	morgens	Mittags	abends	Zur Nacht	Intervall	Von... bis und mit...	Anleitung	Grund	Verordnet durch
<i>Vollständiger Name des Medikaments wie auf der Verpackung</i>	<i>Tablette, länglich weiss</i>	<i>1</i>		<i>1</i>		<i>täglich</i>	<i>01.02.2019 03.03.2019</i>	<i>Nach dem Essen</i>	<i>Blutdrucksenker</i>	<i>Dr. Muster, Hausarzt</i>

Stand (Datum): _____

REGELMÄSSIG eingenommene Medikamente

Medikament	Form	morgens	Mittags	abends	Zur Nacht	Intervall	Von... bis und mit...	Anleitung	Grund	Verordnet durch

Stand (Datum): _____

BEI BEDARF eingenommene Medikamente

Medikament	Form	morgens	Mittags	abends	Zur Nacht	Intervall	Von... bis und mit...	Anleitung	Grund	Verordnet durch

Stand (Datum): _____

BEI BEDARF eingenommene Medikamente

Medikament	Form	morgens	Mittags	abends	Zur Nacht	Intervall	Von... bis und mit...	Anleitung	Grund	Verordnet durch