

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.

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>

REGELMÄSSIG eingenommene Medikamente

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

BEI BEDARF eingenommene Medikamente

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

BEI BEDARF eingenommene Medikamente

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