



Medikamentenplan

Name: _____ Medikamentenallergie: _____

Geb.: _____ Hausarzt: _____

Telefonnummer(n) von Angehörigen: _____

Regelmäßige Medikation (auch „Sprays“, Augentropfen und Insulin):

- | | |
|-----------|------------|
| 1.) _____ | 6.) _____ |
| 2.) _____ | 7.) _____ |
| 3.) _____ | 8.) _____ |
| 4.) _____ | 9.) _____ |
| 5.) _____ | 10.) _____ |

Bitte immer bei sich führen (z.B. in der Nähe des Personalausweises im Geldbeutel) und bei allen Arztbesuchen vorzeigen! Bitte denken Sie an mögliche Neben- und Wechselwirkungen von Medikamenten!