

Medikamentenplan

Logo Krankenhaus / Praxis

--	--

Name
Vorname
Geburtsdatum

Körpermaße :

Nierenfunktion :

Medikamentenallergie / -unverträglichkeit :

Größe (cm) Gewicht (kg) Datum

Kreatinin (mg/dl) GFR (ml/min) Datum

Präparatename	Einzeldosis (Einheit)	Frequenz				Darreichungsform	Indikation	Behandlung bis	Einnahme- hinweise	verordnet durch		Selbstmedikation
		morgens	mittags	abends	zur Nacht					Hausarzt	Facharzt	

Einnahmehinweise : **V** : vor der Mahlzeit, **Z** : zur Mahlzeit, **N** : nach der Mahlzeit

Besonderheiten :