

MEDIKAMENTENPLAN FÜR:

Vorname

Nachname

Geb.-Datum

Medikament 1		Medikament 2		Medikament 3		Medikament 4	
Name des Medikaments							
Einnahme	<input type="checkbox"/>						
Morgens	Mo.	Di.	Mi.	Do.	Fr.	Sa.	So.
	Uhrzeit:	Uhrzeit:		Uhrzeit:		Uhrzeit:	
Mittags	Uhrzeit:	Uhrzeit:		Uhrzeit:		Uhrzeit:	
	Dosierung:	Dosierung:		Dosierung:		Dosierung:	
Abends	Uhrzeit:	Uhrzeit:		Uhrzeit:		Uhrzeit:	
	Dosierung:	Dosierung:		Dosierung:		Dosierung:	
Vor dem Schlafengehen	Uhrzeit:	Uhrzeit:		Uhrzeit:		Uhrzeit:	
	Dosierung:	Dosierung:		Dosierung:		Dosierung:	
Bemerkungen (z.B. gekühlt lagern etc.)							

Im Hinblick auf Wechselwirkungen mit den oben angegebenen Medikamenten darf Alkohol konsumiert werden: ja nein

Fällt eines der oben aufgeführten Medikamente unter das Betäubungsmittelgesetz?: Ja Nein

Wenn ja, bitte zusätzlich das Formular „Bescheinigung für das Mitführen von Betäubungsmitteln im Rahmen einer ärztlichen Behandlung – Artikel 75 des Schengener Durchführungsabkommens“ ausfüllen.

Die oben genannte Person führt Notfallmedikamente mit sich: Ja Nein; Bei ja: Welche und wofür?: _____

Die oben genannte Person führt Bedarfsmedikamente mit sich: Ja Nein; Bei ja: Welche und wofür?: _____

Ort, Datum, Stempel

Unterschrift des behandelnden Arztes