

Name Vorname

Geburtsdatum

Körpermaße

Gewicht (kg) Größe (cm) Datum

Nierenfunktion

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

Allergien / Unverträglichkeiten



Medikamentenplan

Name des Medikaments	Einzeldosis (Einheit)	Darreichungsform	Einnahmezeitpunkt und Anzahl				Einnahmehinweise*	Indikation (Grund für Einnahme)	Behandlung bis	verordnet durch		Selbstmedikation
			morgens	mittags	abends	nachts				Hausarzt	Facharzt	
<i>Beispielmedikament</i>	20 mg	Tabletten	1	1	0	0	V	Erkrankung/Beschwerde		x		

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

Besonderheiten:

