MEDIKAMENTENLISTE

Musterbeispiel einer ausgefüllten Medikamentenliste:

Anfangsdatum	Medikamentenname und Stärke	Dosierung und Häufigkeit	Enddatum	Verschreibungsgrund	Spezielle Hinweise/wichtige Anmerkungen
03.09.2016	Tablette xy – 500 mg	500 mg 3 x täglich	24.09.2016	Kopfschmerzen	Nüchtern einnehmen

Name Patientin / Patient: _____ Geboren am: _____

Aufnahmetag: _____

Anfangsdatum	Medikamentenname und Stärke	Dosierung und Häufigkeit	Enddatum	Verschreibungsgrund	Spezielle Hinweise/wichtige Anmerkungen