

Medikamentenplan für:

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

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

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? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Personensorgeberechtigten