



Patienten-Nr.:

Medikamentenplan

Für:

Name: _____ Vorname: _____ Geb.Dat.: _____

Sehr geehrte/r Patient/in,

Um Sie untersuchen, beraten und behandeln zu können benötigen wir eine vollständige Aufstellung der von Ihnen zu jedem Zeitpunkt der Behandlung in unserer Praxis eingenommenen Medikamente (Dauermedikation und gelegentliche Medikation) einschließlich der Medikamentendosierung. Im Interesse der Sorgfalt unserer Arbeit verstehen Sie sicher, wenn wir Sie ohne diesen Medikamentenplan nicht behandeln können.

Bitte teilen sie uns auch sorgfältig und lückenlos mit, ob und welche Allergien/Unverträglichkeiten bei Ihnen bekannt sind und legen Sie alle Allergieausweise/Notfallausweise hier vor.

Durch Ihre Unterschrift bestätigen Sie, dass die von Ihnen gemachten Angaben vollständig und zutreffend sind.

Medikament	Dosis	morgens	mittags	abends	zur Nacht

Bei mir sind folgende Allergien/Unverträglichkeiten bekannt:

Bei mir ist eine Sojaallergie bekannt: ja nein

Marburg, den _____

Unterschrift: _____