



# Meine Medikamente

Name:

Geburtsdatum:

Listen Sie alle Mittel auf, die Sie anwenden: verschriebene und nicht rezeptpflichtige Arzneimittel, auch pflanzliche Mittel und Nahrungsergänzungsmittel, neben Tabletten und Kapseln auch Sprays, Salben, Zäpfchen u. a.

Wirkstoff	Handelsname	Stärke	Form	Dosierschema				Einheit	Hinweise	Grund
				<i>morgens</i>	<i>mittags</i>	<i>abends</i>	<i>zur Nacht</i>			