

# MEDIKATIONSPROGRAMM

Patient : \_\_\_\_\_ Geburtsdatum : \_\_\_\_\_

**Behandelnder Arzt :**

Name, Vorname : \_\_\_\_\_

Telefon : \_\_\_\_\_

**Medikamentenübersicht :**

Medikament	Dosierung	Einnahmezeitpunkt	Dauer/Anmerkungen

**Wichtige Hinweise zur Medikation:**

Bitte nehmen Sie die Medikamente genau nach Anweisung ein. Bei unerwünschten Nebenwirkungen oder Unsicherheiten wenden Sie sich umgehend an Ihren Arzt oder Apotheker. Änderungen oder Absetzen der Medikation nur nach ärztlicher Rücksprache.

**Unterschrift Arzt**

**Unterschrift Patient**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Originalquelle dieses Dokuments:

<https://vorlagenfy.com/medikamentenplan-vorlage/>

War diese Vorlage für Sie hilfreich?

Weitere aktuelle Vorlagen finden Sie unter:

<https://vorlagenfy.com>

Mehr Vorlagen

Diese Vorlage ist ausschließlich für den persönlichen, nicht kommerziellen Gebrauch bestimmt.  
Bei Weitergabe oder Veröffentlichung ist die Nennung der Quelle verpflichtend.

Diese Vorlage dient lediglich zur Orientierung und stellt keine Rechtsberatung dar.  
Es wird empfohlen, sich im Einzelfall an eine fachkundige Rechtsberatung zu wenden.