|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Medikamentenplan für:** |  |  |  |  |  |
|  | Vorname |  | Nachname |  | Geb.-Datum |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Medikament 1** | | | | | | | | **Medikament 2** | | | | | | | | **Medikament 3** | | | | | | | | **Medikament 4** | | | | | | | |
| Name des Medikaments |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |
| Einnahme | 🞏 | 🞏 | 🞏 | | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | | 🞏 | 🞏 | 🞏 |
| 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. |
| Morgens | Uhrzeit: | | |  | | | | | Uhrzeit: | | | |  | | | | Uhrzeit: | | | |  | | | | Uhrzeit: | | | |  | | | |
| Dosierung: | | |  | | | | | Dosierung: | | | |  | | | | Dosierung: | | | |  | | | | Dosierung: | | | |  | | | |
| Mittags | Uhrzeit: | | |  | | | | | Uhrzeit: | | | |  | | | | Uhrzeit: | | | |  | | | | Uhrzeit: | | | |  | | | |
| Dosierung: | | |  | | | | | Dosierung: | | | |  | | | | Dosierung: | | | |  | | | | Dosierung: | | | |  | | | |
| Abends | Uhrzeit: | | |  | | | | | Uhrzeit: | | | |  | | | | Uhrzeit: | | | |  | | | | Uhrzeit: | | | |  | | | |
| Dosierung: | | |  | | | | | Dosierung: | | | |  | | | | Dosierung: | | | |  | | | | Dosierung: | | | |  | | | |
| Vor dem Schlafengehen | Uhrzeit: | | |  | | | | | Uhrzeit: | | | |  | | | | Uhrzeit: | | | |  | | | | Uhrzeit: | | | |  | | | |
| Dosierung: | | |  | | | | | Dosierung: | | | |  | | | | Dosierung: | | | |  | | | | Dosierung: | | | |  | | | |
| Bemerkungen  (z.B. gekühlt lagern etc.) |  | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | |

Im Hinblick auf Wechselwirkungen mit den oben angegebenen Medikamenten darf Alkohol konsumiert werden: 🞏 ja 🞏 nein

Fällt eines der oben aufgeführten Medikamente unter das Betäubungsmittelgesetz?: 🞏 Ja 🞏 Nein

Wenn ja, bitte zusätzlich das Formular „Bescheinigung für das Mitführen von Betäubungsmitteln im Rahmen einer ärztlichen Behandlung – Artikel 75 des Schengener Durchführungsabkommens“ ausfüllen.

|  |  |
| --- | --- |
| 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? |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Ort, Datum, Stempel |  | Unterschrift der\*s behandelnden Ärztin/Arztes |