

# Medikamentenplan

Logo Krankenhaus / Praxis

--	--

Name

Vorname

Geburtsdatum

**Körpermaße :**

**Nierenfunktion :**

**Medikamentenallergie / -unverträglichkeit :**

Größe (cm)    Gewicht (kg)    Datum

Kreatinin (mg/dl)    GFR (ml/min)    Datum

---



---

Präparatename	Einzeldosis ( Einheit)	Frequenz				Darreichungsform	Indikation	Behandlung bis	Einnahme- hinweise	verordnet durch		Selbstmedikation
		morgens	mittags	abends	zur Nacht					Hausarzt	Facharzt	

**Einnahmehinweise :**    **V** : vor der Mahlzeit, **Z** : zur Mahlzeit, **N** : nach der Mahlzeit

**Besonderheiten :**