

Medikamentenplan für: Vorname: _____ Nachname: _____ Geburtsdatum: _____

	Medikament 1	Medikament 2	Medikament 3	Medikament 4
Name des Medikaments				
Einnahme	O O O O O O O Mo. Di. Mi. Do. Fr. Sa. So.	O O O O O O O Mo. Di. Mi. Do. Fr. Sa. So.	O O O O O O O Mo. Di. Mi. Do. Fr. Sa. So.	O O O O O O O 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 – Art. 75 des Schengener Durchführungsübereinkommens“ ausfüllen.

Die oben genannte Person führt Bedarfsmedikamente mit sich: Ja Nein Bei Ja: Welche und wofür? _____

Die oben genannte Person führt Notfallmedikamente mit sich: Ja Nein Bei Ja: Welche und wofür? _____
(Bei Bedarf Rückseite für weitere Erläuterungen verwenden und kennzeichnen)

Ort, Datum

Stempel

Unterschrift des behandelnden Arztes