

Nachname _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Datum _____

Körpermaße:	Größe (cm)	Gewicht (kg)	Datum
Nierenfunktion:	Kreatinin (mg/dl)	GFR (ml/min)	Datum
Medikamentenallergie I - unverträglichkeit:			

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: