

MEDIKAMENTENLISTE

Bitte tragen Sie hier alle Medikamente und Naturheilmittel ein, die Sie einnehmen.
Nur so kann Ihr Zahnarzt eventuelle Wechselwirkungen erkennen.

| | |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Name | Vorname |
| <input type="text"/> | |

Ausgefüllt am

| Medikamentenname | wie oft | Stärke und Dar.-Form* | Dosierung | | | | Einnahmegrund | Arzt verordnet |
|------------------|---------|-----------------------|-----------|---------|--------|--------|---------------|----------------|
| | | | morgens | mittags | abends | nachts | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

* Dar.-Form = Darreichungsform, z. B. Tablette, Saft, Spray, Tropfen, Salbe

| | |
|----------------------|---|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Ort und Datum | Unterschrift der zu behandelnden Person |