Mein Plan
Aktionsbündnis sichere Arzneimittelanwendung
Rhein-Neckar-Kreis Heidelberg

Medikationsplan für _____

geboren am: ____.____._____ Plan erstellt am: ____.____._____ von: _____

Wirkstoff mit Wirkstärke z.B. Doloril 150 mg	Handelsname z.B. Schmerzweg forte®	Darreichungs-form z.B. Tablette	Grund der Anwendung z.B. Schmerzen	Dosis / Dosishinweise / Dauer z.B. 1-0-1-0				vor / zu / nach dem Essen z.B. danach	Hinweise zur Lagerung / Zubereitung / Anwendung z.B. im Kühlschrank lagern
				Morgen	Mittag	Abend	Nacht		

Wichtige Hinweise (z.B. Allergien)**:**

Mein Plan

Aktionsbündnis sichere Arzneimittelanwendung
Rhein-Neckar-Kreis Heidelberg

Medikationsplan von: _____

Wirkstoff/Stärke	Dosierung			

Datum: