

MEDIKAMENTENPLAN FÜR:_____
Vorname_____
Nachname_____
Geb.-Datum

	Medikament 1	Medikament 2	Medikament 3	Medikament 4
Name des Medikaments				
Einnahme	<input type="radio"/> Fr. <input type="radio"/> Sa. <input type="radio"/> So. <input type="radio"/> Mo.	<input type="radio"/> Fr. <input type="radio"/> Sa. <input type="radio"/> So. <input type="radio"/> Mo.	<input type="radio"/> Fr. <input type="radio"/> Sa. <input type="radio"/> So. <input type="radio"/> Mo.	<input type="radio"/> Fr. <input type="radio"/> Sa. <input type="radio"/> So. <input type="radio"/> Mo.
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, zum Essen / nach dem Essen etc.)				

Ort, Datum, Stempel_____
Unterschrift des behandelnden Arztes_____
Unterschrift des Erziehungsberechtigten