|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Persönliche Angaben** | | | |
| Name/Vorname | | | Hausarzt (Name/Telefon) |
| Geburtsdatum | | Grösse/Gewicht | Weitere Ärzte (Name/Telefon) |
| Adresse | | |  |
| Telefon | Mail |  | Hausapotheke (Name/Telefon) |
| Im Notfall zu kontaktieren (Name/Telefon) | | | Krankenkasse (Name/Versicherungsnummer) |
| Meine Allergien/Unverträglichkeiten | | | Medikamente, die mir Probleme machen |

**Hinweise zur Medikamentenliste**

* Führen sie auf den Folgeseiten nicht nur die verschriebenen Medikamente auf, sondern auch solche, die sie rezeptfrei gekauft haben.
* Deponieren Sie die Medikamentenliste an einem gut zugänglichen Ort und informieren Sie Ihren Hausarzt und Ihre Notfall-Kontaktperson darüber.
* Halten Sie die Liste stets auf dem aktuellen Stand und besprechen Sie sie einmal jährlich mit ihrem Hausarzt.

**REGELMÄSSIG eingenommene Medikamente**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Medikament** | **Form** | **morgens** | **Mittags** | **abends** | **Zur Nacht** | **Intervall** | **Von… bis  und mit…** | **Anleitung** | **Grund** | **Verordnet durch** |
| *Vollständiger Name des Medikaments wie auf der Verpackung* | *Tablette, länglich weiss* | *1* |  | *1* |  | *täglich* | *01.02.2019*  *03.03.2019* | *Nach dem Essen* | *Blutdrucksenker* | *Dr. Muster, Hausarzt* |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**REGELMÄSSIG eingenommene Medikamente**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Medikament** | **Form** | **morgens** | **Mittags** | **abends** | **Zur Nacht** | **Intervall** | **Von… bis  und mit…** | **Anleitung** | **Grund** | **Verordnet durch** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**BEI BEDARF eingenommene Medikamente**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Medikament** | **Form** | **morgens** | **Mittags** | **abends** | **Zur Nacht** | **Intervall** | **Von… bis  und mit…** | **Anleitung** | **Grund** | **Verordnet durch** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**BEI BEDARF eingenommene Medikamente**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Medikament** | **Form** | **morgens** | **Mittags** | **abends** | **Zur Nacht** | **Intervall** | **Von… bis  und mit…** | **Anleitung** | **Grund** | **Verordnet durch** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |