Mein Plan
Aktionsbündnis sichere Arzneimittelanwendung
Rhein-Neckar-Kreis Heidelberg

Medikationsplan für _____

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

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

Wichtige Hinweise (z.B. Allergien):