

## Medikamentenplan

\_\_\_\_\_  
Vorname                      Nachname                      Geburtsdatum

	Medikament 1	Medikament 2	Medikament 3	Medikament 4
Name des Medikaments:				
Einnahme	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mo. Di. Mi. Do. Fr. Sa. So.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mo. Di. Mi. Do. Fr. Sa. So.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mo. Di. Mi. Do. Fr. Sa. So.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mo. Di. Mi. Do. Fr. Sa. So.
Morgens:	Uhrzeit: Dosierung:	Uhrzeit: Dosierung:	Uhrzeit: Dosierung:	Uhrzeit: Dosierung:
Mittags:	Uhrzeit: Dosierung:	Uhrzeit: Dosierung:	Uhrzeit: Dosierung:	Uhrzeit: Dosierung:
Abends:	Uhrzeit: Dosierung:	Uhrzeit: Dosierung:	Uhrzeit: Dosierung:	Uhrzeit: Dosierung:
Vor dem Schlafengehen:	Uhrzeit: Dosierung:	Uhrzeit: Dosierung:	Uhrzeit: Dosierung:	Uhrzeit: Dosierung:
Bemerkungen: (z.B. Lagerung)				

Fällt eines der oben aufgeführten Medikamente unter das Betäubungsmittelgesetz?       nein       ja, folgendes: \_\_\_\_\_  
Wenn ja, bitte auch das Formular "Bescheinigung für das Mitführen von Betäubungsmitteln im Rahmen einer ärztlichen Behandlung - Artikel 75 des Schengener Durchführungsabkommens ausfüllen

Die oben genannte Person führt Notfallmedikamente mit sich:       nein       ja, folgendes: \_\_\_\_\_  
Die oben genannte Person führt Bedarfsmedikamente mit sich:       nein       ja, folgendes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des behandelnden Arztes