Fachinternistische Praxis
Dr. med. Karin Eschenbrücher

Medikamentenplan

Sehr geehrte Patienten,

damit wir wissen, welche Medikamente Sie bereits einnehmen, bitten wir Sie in das untenstehende Formular alle Medikamente einzutragen, die Sie regelmäßig nehmen. Füllen Sie das Formular in Ruhe zu Hause aus und bringen es dann zu Ihrem Termin in die Sprechstunde mit.

Vielen Dank.

Ihr Name: ______________________ Ihr Vorname: ______________________ Ihr Geburtsdatum: ______________________

Medikament	Morgens	Mittags	Abends	Nachts