

Name, Vorname

Geburtsdatum

Körpermaße:

Nierenfunktion:

Medikamentenallergie/ - unverträglichkeit

_____|_____|_____|

Größe (cm) Gewicht (kg) Datum

_____|_____|_____|

Kreatin (mg/dl) GFR (ml/min) Datum

Präparatname	Einzeldosis (Einheit)	Frequenz				Darreichungsform	Indikation	Behandlung bis	Einnahme-hinweise	verordnet durch		Selbstmedikation
		morgens	mittags	abends	zur Nacht					Hausarzt	Facharzt	

Einnahmehinweise: V : vor der Mahlzeit, Z : zur Mahlzeit, N : nach der Mahlzeit

Besonderheiten: