

# MEDIKAMENTENPLAN FÜR:

VORNAME, NAME

GEB. DATUM

HAUSARZT: \_\_\_\_\_

| Medikament / Einnahme* | Zeitpunkt und Menge |         |        |        |
|------------------------|---------------------|---------|--------|--------|
|                        | morgens             | mittags | abends | nachts |
|                        |                     |         |        |        |
|                        |                     |         |        |        |
|                        |                     |         |        |        |
|                        |                     |         |        |        |
|                        |                     |         |        |        |
|                        |                     |         |        |        |
|                        |                     |         |        |        |
|                        |                     |         |        |        |
|                        |                     |         |        |        |
|                        |                     |         |        |        |
|                        |                     |         |        |        |
|                        |                     |         |        |        |
|                        |                     |         |        |        |
|                        |                     |         |        |        |
|                        |                     |         |        |        |
|                        |                     |         |        |        |
|                        |                     |         |        |        |
|                        |                     |         |        |        |
|                        |                     |         |        |        |
|                        |                     |         |        |        |

Medikamentenallergie: \_\_\_\_\_

\* Einnahme: **V** (vor der Mahlzeit) - **Z** (zur Mahlzeit) - **N** (nach der Mahlzeit)



JAUNTAL-APOTHEKE  
9141 EBERNDORF  
Bahnstraße 25  
jauntal-apotheke@happy.net.at  
Telefon: +43 (0) 4236 51100  
Fax: +43 (0) 4236 5110-20

FILIAL-APOTHEKE  
9125 KÜHNSDORF  
Fernando-Colazzo-Platz 2  
jauntal-apotheke@happy.net.at  
Telefon: +43 (0) 4232 89440  
Fax: +43 (0) 4232 89440-20