Ihr AMTS-SYSTEM - MEDIKATIONSPLAN®

Haftungsausschluss: Die Vollständigkeit und Aktualität kann nicht gewährleistet werden.

Name, Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Telefon: _____ Handy: _____ E-Mail: _____

Arzt- / Apothekenstempel

Krankenkasse: _____

Anwendung/Einnahme

V: ½ Stunde vor Mahlzeit | Z: zur Mahlzeit | N: 2 Stunden nach Mahlzeit

Wirkstoff	Medikament / PZN	Wirkstoff-Stärke	Darreichungs-Form	Medikamente i. d. Original-verpackung aufbewahren	Morgens			Mittags			Abends			Hinweise für den Patienten	Das Medikament ist für:	Verordnender Arzt
					V	Z	N	V	Z	N	V	Z	N			

Einnahmezeitpunkte:

Die Einverständniserklärung des Patienten liegt vor.

Der AMTS-Medikationsplan unterliegt dem Copyright der AMTS GbR. Jede Vervielfältigung, Verbreitung, Sendung und Wieder- bzw. Weitergabe ist ohne schriftliche Genehmigung der AMTS GbR ausdrücklich untersagt.

09/2015 - amb

mediTimer®

Haftungsausschluss: Die Vollständigkeit und Aktualität kann nicht gewährleistet werden.

Name, Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Telefon: _____ Handy: _____ E-Mail: _____

Krankenkasse: _____

Problem z.B. Priscus, Interaktion	Wirkstoff 1. Medikament	Wirkstoff 2. Medikament	**Arztgespräch Problemlösung**	**Arztgespräch** Name, Datum	Unterschrift

Notizen:

Der AMTS-Medikationsplan unterliegt dem Copyright der AMTS GbR. Jede Vervielfältigung, Verbreitung, Sendung und Wieder- bzw. Weitergabe ist ohne schriftliche Genehmigung der AMTS GbR ausdrücklich untersagt.