



Meine Medikamente

Name: _____

Vorname: _____

Adresse: _____

Geburtsdatum: _____ Tel. _____

E-Mail: _____

Kontakt im Notfall (Name, Telefonnummer): _____

Mein Hausarzt (Name, Telefonnummer): _____

Weitere behandelnde Ärzte (Name, Telefonnummer): _____

Meine Apotheke (Name, Telefonnummer): _____

Meine Allergien: _____

Mit diesen Medikamenten habe ich Probleme: _____

Ausfüllbeispiele siehe [Patientenmerkblatt Sichere Medikamenten-Therapie](#) im Spital auf www.patientensicherheit.ch

Start-Datum	Name	Form	Stärke	Häufigkeit				Grund	Spezielle Hinweise	Stopp-Datum
				morgens	mittags	abends	nachts			
Medikamente, die ich regelmässig nehme										
20.02.15	Beispiel	Tablette	0.5 mg	1				Hormonersatz	Nüchtern einnehmen (gelbe Tabletten)	27.02.15

Datum der letzten Änderung: _____



patientensicherheit schweiz



Meine Medikamente

Start-Datum	Name	Form	Stärke	Häufigkeit				Grund	Spezielle Hinweise	Stopp-Datum
				morgens	mittags	abends	nachts			
Medikamente, die ich nur bei Bedarf nehme (Reserve)										

Datum der letzten Änderung: _____



patientensicherheit schweiz