

Formular für die Medikamentenabgabe

Angaben zu Ihrer Person

Name und Vorname:

Strasse:

PLZ, Wohnort:

Geburtsdatum:

Angaben zum Medikament

○ Medikament:

○ Anwendungsgebiet:

○ Haben Sie es schon früher verwendet? ja nein

Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand

○ Haben Sie eine akute oder chronische Krankheit? ja nein

○ Haben Sie Allergien? ja nein

○ Nehmen Sie andere Medikamente ein? ja nein

○ Sind Sie schwanger oder stillen Sie? ja nein

Beratungshinweise

- Vorsichtsmassnahmen, Gegenanzeigen
- Dosierung, Anwendung, Therapiedauer
- Einfluss von Nahrungsmitteln
- Unerwünschte Wirkungen

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben.

Ort, Datum:

Unterschrift Patient/in:

Unterschrift Fachperson: