

# Ärztliche Medikamentenverordnung

Bitte vom behandelnden Arzt/Ärztin unterschreiben lassen

Name \_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_

<b>Regelmedikation - verschreibungspflichtig</b>					
Medikament	morgens	mittags	abends	zur Nacht	Art der Verabreichung

<b>Bedarfsmedikation – verschreibungspflichtig</b>					
Medikament	Indikation (Situations- beschreibung)	Menge Einzel- dosis	Maximal- dosis in 24 h	Abstand zwischen den Einzelgaben	Art der Verabreichung

<b>Notfallmedikation – verschreibungspflichtig</b>					
Medikament	Indikation (Situations- beschreibung)	Menge Einzel- dosis	Maximal- dosis in 24 h	Abstand zwischen den Einzelgaben	Art der Verabreichung

