

Mein Medikamentenplan

Name, Vorname

Geburtsdatum

Stand (Datum der letzten Änderung)

Geprüft mit Praxis/Apotheke am

Medikament (Handelsname / Wirkstoff)	Stärke z. B. mg	Form z. B. Tablette	morgens	mittags	abends	nachts	Hinweise zur Einnahme z. B. vor dem Essen	Grund freiwillig	Verordnet von Praxis	Geändert am

Bedarfsmedikamente und Selbstmedikation (z. B. Schmerz- oder Allergiemittel) bitte ebenfalls eintragen. Leere Zeilen durchstreichen, wenn der Plan vollständig ist.

Wichtiges für den Notfall

Allergien und Unverträglichkeiten

Allergie / Unverträglichkeit 1

Allergie / Unverträglichkeit 2

Weitere Hinweise (z. B. Implantat, Herzschrittmacher – nur wenn gewünscht)

Persönliche Notfallkontakte

Kontakt 1 (Name, Beziehung, Telefon)

Kontakt 2 (Name, Beziehung, Telefon)

Wo liegen Vollmacht / Patientenverfügung? (Fundort)

Behandelnde Praxen und Apotheke

Hausarztpraxis (Name, Telefon)

Fachpraxis (Name, Telefon)

Stammapotheke (Name, Telefon)

Wichtige Nummern

112

Notruf: Rettungsdienst und Feuerwehr

116 117

Ärztlicher Bereitschaftsdienst

Giftnotruf

regionale Nummer bitte eintragen: _____

So bleibt der Plan aktuell und nützlich:

- Nach jedem Arzt- oder Klinikbesuch prüfen, Änderungen neu datieren, alte Fassungen vernichten.
- Nur eine gültige Fassung im Umlauf halten: Original z. B. am Kühlschrank, Kopie im Notfallordner, Kurzfassung im Geldbeutel.
- Dosierungen nie selbst ändern. Fragen klärt die Praxis oder die Apotheke. Wer Anspruch hat, kann einen bundeseinheitlichen Medikationsplan erhalten.