Patientenfragebogen zur Medikamenten-Einnahme

Dr. med. Michael Drexler
Dr. med. Angelika Guth
Dr. med. Guido Mentz
Dr. med. Michaela Speth-Nitschke
Dr. med. Michael Todt
Dr. med. Jörg Volmar
Dr. med. Norbert Wittlich

CARDIO PRAXIS
KARDIOLOGISCHE PRAXIS MAINZ

Name, Vorname _____ Datum _____

Medikamente

Bitte geben Sie **alle** Medikamente an, die Sie aktuell einnehmen!

Medikament _____	Dosis (mg) _____	morgens ☐	mittags ☐	abends ☐	nachts ☐
Medikament _____	Dosis (mg) _____	morgens ☐	mittags ☐	abends ☐	nachts ☐
Medikament _____	Dosis (mg) _____	morgens ☐	mittags ☐	abends ☐	nachts ☐
Medikament _____	Dosis (mg) _____	morgens ☐	mittags ☐	abends ☐	nachts ☐
Medikament _____	Dosis (mg) _____	morgens ☐	mittags ☐	abends ☐	nachts ☐
Medikament _____	Dosis (mg) _____	morgens ☐	mittags ☐	abends ☐	nachts ☐
Medikament _____	Dosis (mg) _____	morgens ☐	mittags ☐	abends ☐	nachts ☐
Medikament _____	Dosis (mg) _____	morgens ☐	mittags ☐	abends ☐	nachts ☐