

Patienteninformationen

- Name des Patienten:
- Geburtsdatum:
- Hauptsymptome

Medizinische Informationen

- **Andere Medikamente:**
- Dosierung:
- **Allergien:**
Bei schweren Allergien 20 Minuten auf Posten Bleiben
- **Erkrankungen:**

Lebensstil und Gewohnheiten

- **Raucher?**
☐ Ja ☐ Nein
- **Regelmäßiger Alkoholkonsum?**
☐ Ja ☐ Nein
- **Spezielle Diät?**
☐ Ja ☐ Nein
Falls ja, welche?

Zusätzliche Informationen

- **Hat der Patient das Medikament zuvor vertragen?**
☐ Ja
- **Schwanger oder stillend?**
☐ Ja ☐ Nein
- **Muss der Patient Maschinen bedienen oder Fahrzeuge führen?**
☐ Ja ☐ Nein
- **Kürzlich durchgeführte Operationen oder Eingriffe?**
☐ Ja ☐ Nein
- **Bestehen bekannte Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten?**
☐ Ja 20 Minuten auf Posten Bleiben ☐ Nein

Medikament Name

Medikament Dosis

Medikament Anzahl

Unterschrift des Patienten

Unterschrift des Postenverantwortlichen

Medikamente



Allergie, Erkrankung, anderes

