# **MEDIKAMENTEN**ANAMNESE

## PERSONALIEN

Name: _____ Vorname: _____

Geburtstag: _____

## BITTE AUSFÜLLEN UND ZUR VORUNTERSUCHUNG MITBRINGEN!

Bitte tragen Sie in der Tabelle Ihre tägliche feste Medikation und auch Ihre Medikamente ein, die bei Bedarf einnehmen:

| NAME DES MEDIKAMENTES (z.B. Beloc zok) | WIRKSTOFFMENGE (z.B. 95mg) | DOSIERUNG PRO TAG (z.B. 1-0-1) | ANMERKUNG ARZT (nur vom Arzt auzufüllen) |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

## ALLERGIEN

☐ Nein

☐ Ja, folgende _____