Ihre Hausärztin
Dr. Annette Hitzschke
für die ganze Familie

# Medikamentenplan

Patientenname: _____

Geburtstag: _____

ausgestellt am: _____

| **Wirkstoff** | **Handelsname** | **Stärke** | morgens | mittags | abends | nachts | **Grund** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |