# Mein Medikamentenplan

**Name** _____ **Stand vom** _____

**Hausarztpraxis, Telefon** _____

| Medikament | Stärke | morgens | mittags | abends | nachts | wofür | Hinweise |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

# Eingenommen? Zum Abhaken für eine Woche

**Woche vom** _____

| | Mo | Di | Mi | Do | Fr | Sa | So |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **morgens** | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **mittags** | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **abends** | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **nachts** | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

**Wichtig:** Wer gleichzeitig mindestens drei verordnete Arzneimittel anwendet, hat nach § 31a SGB V Anspruch darauf, dass die Arztpraxis einen Medikationsplan erstellt und aushändigt. Diese Vorlage ist nur eine Gedächtnisstütze für zu Hause und ersetzt diesen Plan nicht.

Dosis und Einnahmezeiten bitte nur nach Rücksprache mit der Arztpraxis ändern. Tropfen, Salben und Mittel ohne Rezept gehören mit auf die Liste. Ob sich alles verträgt, kann die Apotheke prüfen.