

# Medikamentenliste für die Zahnarztpraxis Dr. Rolf Simon & Saskia Simon-Kurzawa



## Meine Medikamente

(Bitte listen Sie alle Medikamente auf, die Sie einnehmen:  
verschriebene und nicht rezeptpflichtige Arzneimittel, auch pflanzliche Mittel und Nahrungsergänzungsmittel;  
neben Tabletten und Kapseln auch Sprays, Salben, Zäpfchen u. a.)

Name:

Geburtsdatum:

Datum:

| Wirkstoff | Handelsname | Form<br>(Tablette, Spray,<br>Salbe, etc.) | Dosierung<br>(Anzahl der<br>Tabletten und<br>Einnahmezeitpunkt) | Grund der Einnahme |
|-----------|-------------|---|---|--------------------|
|           |             |   |   |                    |
|           |             |   |   |                    |
|           |             |   |   |                    |
|           |             |   |   |                    |
|           |             |   |   |                    |
|           |             |   |   |                    |
|           |             |   |   |                    |
|           |             |   |   |                    |
|           |             |   |   |                    |
|           |             |   |   |                    |