

proVABENE: Medikamentenliste (Selbstauskunft)

Datum: _____

Nachname: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____ Versicherten-Nr.: _____

Auch Spritzen, Pflaster, Sprays, Säfte und Tropfen sowie selbst gekaufte Medikamente gehören dazu

Handelsname	Stärke	Form	morgens	mittags	abends	zur Nacht	Hinweise	Grund
Arzneimittelname	5 mg	Tab.	1	-	1/2	-	nach dem Essen	Blutdruck senken

proVABENE: Medikamentenliste (Selbstauskunft)

Datum: _____

Nachname: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____ Versicherten-Nr.: _____

Arzneimittel bei Bedarf und ohne ärztliche Verordnung								
Handelsname	Stärke	Form	morgens	mittags	abends	zur Nacht	Hinweise	Grund