

Medikamentenliste

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
um Ihre Behandlung optimal auf Sie abstimmen zu können, teilen Sie uns bitte mit,
welche Medikamente Sie regelmäßig oder gelegentlich einnehmen.

Bitte tragen Sie Ihre Medikamente in die Tabelle ein:

Medikament	Dosierung	Grund der Einnahme

Zusätzliche Fragen:

1. Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?
(z. B. ASS, Marcumar, Xarelto, Eliquis) Ja Nein

2. Haben Sie Allergien oder Unverträglichkeiten gegenüber bestimmten
Medikamenten? (z. B. Penicillin, Lokalanästhetika) Ja Nein

3. Nehmen Sie Osteoporose-Medikamente (z. B. Bisphosphonate wie
Alendronsäure, Zoledronsäure)? Ja Nein
 Falls ja, seit wann? _____ Als Spritze Zum Einnehmen

4. Sind Sie aktuell in einer Krebstherapie oder nehmen Sie
Immunsuppressiva ein? Ja Nein

5. Haben Sie eine chronische Erkrankung wie Diabetes, Herzkrankheiten
oder Nierenerkrankungen, die für die Behandlung wichtig sein könnte? Ja Nein

Welche Erkrankung? _____

Falls Sie eine aktuelle Medikamentenliste von Ihrem Hausarzt oder Facharzt haben,
können Sie diese gerne vorlegen.
Vielen Dank für Ihre Mithilfe!