NAME:_____ **Datum:_____**

Medikament	**Dosierung / Stärke**	**Wie oft nehmen Sie dieses Medikament?**	**Seit wann nehmen Sie dieses Medikament?**	**Warum nehmen Sie dieses Medikament?**
Beispiel: Parkemed Tabletten	*500 mg*	*1-0-0*	*Seit April 2013*	*Muskelschmerzen*

Medikament	**Dosierung / Stärke**	**Wie oft nehmen Sie dieses Medikament?**	**Seit wann nehmen Sie dieses Medikament?**	**Warum nehmen Sie dieses Medikament?**
Beispiel: Parkemed Tabletten	*500 mg*	*1-0-0*	*Seit April 2013*	*Muskelschmerzen*