Medikamentenplan

bechterew.ch
Schweizerische Vereinigung
Morbus Bechterew.

Erstellt am: _____

Name des Medikamentes (evtl. Wirkstoff, falls bekannt)	**Stärke des Medikaments (z.B. mg)**	**Dosierung (z.B. mg)**	**Wann und wieviele** z.B. Tabletten, Tropfen, Infusion oder Spritze					**Seit wann** (Monat/Jahr)
			morgens	mittags	abends	nachts	anderes Dosierungsintervall (z.B. 1 x pro Woche, alle 2 Wochen)	