

# Medikamentenplan

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Medikament /Einnahme*	Dosierung (mg, ml, etc.)	Zeitpunkt und Menge				Grund der Einnahme	Behandlung begonnen am
		morgens	mittags	abends	nachts		

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

Medikamentenallergie: \_\_\_\_\_

\* Einnahme: **V** (vor der Mahlzeit) - **Z** (zur Mahlzeit) - **N** (nach der Mahlzeit)

Zahnzentrum Friedrichshain  
 Karl-Marx-Allee 90A  
 D-10243 Berlin

Telefon: +49 30 / 206 202 - 33  
 Telefondienst: Mo. - Fr. : 9:00 - 18:00 Uhr  
 Fax: +49 30 / 206 202 - 34  
 E-Mail: info@zahnarzt-implantat-zentrum.de

Sprechstunden  
 Mo.-Fr.: 8:00 - 20:00 Uhr  
 Sa. : Nach Vereinbarung  
 So. - geschlossen