Medikamentenplan

ZAHNZENTRUM
Friedrichshain
Zahnheilkunde • Implantologie • Prophylaxe

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