Medikamentenplan

CityPraxen BERLIN

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)

CityPraxen Berlin:
Friedrichstraße 180
D-10117 Berlin

Telefon: +49 30 / 886 226 - 0
Fax: +49 30 / 886 226 - 309
E-Mail: info@citypraxen.de

Sprechstunden
Mo.-Fr.: 9:00 - 18:00 Uhr
Sa./So. - geschlossen