

Medikationsplan

Erstellt am: _____

für: _____

ZAM-Termin: _____

OP –Termin: _____

Fachabteilung: _____

geb. am: _____

Patientenetikett ergänzen

- A Identisches Arzneimittel gelistet
- B andere Stärke / Darreichungsform gelistet
- C Kombi-Präparat: Monopräparate gelistet
- D Doppelverordnung ähnlicher Wirkstoffe
- F Fehlende / unklare Angaben
- K keine KH-Leistung / Verordnungsausschluss
- P PRISCUS – für Ältere inadäquat
- S Sonderanforderung erforderlich
- V vergleichbares Arzneimittel gelistet
- O OP perioperative Pause
- X Indikation / Therapieprinzip / Dosis hinterfragen
- △(!) Interaktion (schwer)



Wirkstoff und/oder Handelsname	Stärke	Form	mor- gens	mit- tags	ab- ends	zur Nacht	Arzneimittel-Check / Empfehlung zur stationären Medikation
1							1
2							2
3							3
4							4
5							5
6							6
7							7
8							8
9							9
10							10
11							11
12							12
zu besonderen Zeiten anzuwendende Medikamente / Bedarfsmedikation							
13							13
14							14
15							15
Selbstmedikation							
							Unterschrift Krankenhausapotheker
							vidiert durch Arzt