

Medikamentenübersicht Reisebüro

Name, Vorname Urlauber/in: _____ Geburtsdatum: _____ Datum: _____

Reise nach: _____ Reisedauer vom: _____ bis: _____

Dauermedikament und Wirkstoff	Verabreichungsform (Tablette, Tropfen)	Dosierung					Hinweis zur Gabe, Lagerung, Einnahmedauer, Nebenwirkungen (z.B. vor/nach dem Essen, wie soll das Medikament verabreicht werden,...)	Verordnet: Datum, Stempel Arzt
		Morgens	Mittags	Nachm.	Abends	Nachts		

Notfallmedikament und Wirkstoff	Verabreichungsform (Tablette, Tropfen)	Genauere Symptombeschreibung	Einzeldosierung	Max. Dosierung in 24 h	Hinweis zur Gabe, Lagerung etc.	Verordnet: Datum, Stempel Arzt

Hinweis: Es können nur vom Arzt angeordnete, d.h. vom Arzt unterschriebene Medikamente gegeben werden.