

THOMAS BEHRENS

IHR ZAHNARZT

MEDIKAMENTENLISTE

Personalien

Name _____ Vorname _____

Ausgefüllt am _____

Bitte tragen Sie hier alle Medikamente und Naturheilmittel ein, die Sie einnehmen. Nur so kann Ihr Zahnarzt eventuelle Wechselwirkungen erkennen.

Medikamentenname	wie oft	Stärke und Dar.-Form*	Dosierung				Einnahmegrund	Arzt verordnet
			morgens	mittags	abends	nachts		

* Dar.-Form = Darreichungsform, z. B. Tablette, Saft, Spray, Tropfen, Salbe

Ort und Datum _____

Unterschrift *der zu behandelnden Person* _____