

## Medikamentenliste



Ihr Name: .....

Name des Medikamentes	Tablette/ Kapsel Stärke (mg)	Tropfen/ Anzahl	Morgens	Mittags	Abends	Spät	Andere Einnahme	Wogegen nehmen Sie das Medikament?

Wenn Sie von Ihrer Hausärztin oder Ihrem Hausarzt bereits eine aktuelle Medikamentenliste haben, bringen Sie uns diese bitte mit. Wer ist Ihre Hausärztin oder Ihr Hausarzt: .....

Bitte notieren Sie alle Medikamente, auch Medikamente, die Sie nicht täglich einnehmen.

Bitte geben Sie die Medikamentenliste der Ärztin/dem Arzt, die/der Sie in der Erstuntersuchung oder in der Anästhesieambulanz betreut. Wir haben nicht immer alle Medikamente vorrätig. Könnten Sie bitte für die ersten Tage Ihre

Medikamente mitbringen? **Wir wünschen Ihnen Alles Gute!**