



Medikamentenanamnese

Name: _____

Vorname: _____

Datum: _____

Name des Medikaments	Dosis	Häufigkeit	Zusatzinformation

Bitte listen Sie alle Medikamente, Präparate, auch pflanzliche Mittel und Nahrungsergänzungsmittel vollständig auf. Bitte geben Sie die verordnete Dosis (Menge) sowie die Häufigkeit (z.B. 4x täglich oder 1x wöchentlich usw.) an.

Eine vollständige Medikamentenanamnese trägt auch zur genaueren Diagnostik und dadurch zu einer zielgerichteten Therapieplanung bei.

Es ist eine wichtige Voraussetzung für eine komplikationslose Zahnbehandlung, dass Sie uns umfassend und zeitnahe über Änderungen Ihrer Medikation informieren, da nur so unerwünschte Wechselwirkungen ausgeschlossen werden können.

Sonstige Bemerkungen:
