NEURO CHIRURGIE

Neurochirurgie und Rehabilitationsmedizin

Dr. med. St. Welschehold M.A.
Dr. med. A. Duran-Müller
Dr. med. Th. Just
Dr. med. E. Shala

MEDIKAMENTENANAMNESE

PERSONALIEN

Name: _____ Vorname: _____

Geburtstag: _____

BITTE AUSFÜLLEN UND ZUR VORUNTERSUCHUNG MITBRINGEN!

Bitte tragen Sie in der Tabelle Ihre tägliche feste Medikation und auch Ihre Medikamente ein, die bei Bedarf einnehmen:

NAME DES MEDIKAMENTES (z.B. Beloc zok)	WIRKSTOFFMENGE (z.B. 95mg)	DOSIERUNG PRO TAG (z.B. 1-0-1)	ANMERKUNG ARZT (nur vom Arzt auzufüllen)

ALLERGIEN

☐ Nein

☐ Ja, folgende _____