



Meine persönliche Gesundheits-„Apotheke“

Name:

Geburtsdatum:

Notieren Sie bitte alles, was Sie für Ihre Gesundheit einnehmen, aufnehmen oder einreiben, also alle Tabletten, Kapseln, Ampullen, Pulver, Gels, Sprays, Salben oder Zäpfchen, egal, ob im Supermarkt, Discounter oder Reformhaus, in der Apotheke, im Versandhandel oder via Internet gekauft.

Gut wäre auch, wenn Sie alle von Ihren Ärzt:innen oder anderen Angehörigen der Heilberufe verschriebenen oder empfohlenen Medikamente und Mittel ebenfalls in die Liste aufnehmen würden, um alle nötigen Informationen zusammen zu haben. Falls der Platz nicht reicht, nehmen Sie einfach die Rückseite hinzu.

Ich nehme:

Name des Mittels (möglichst genau)	Form des Mittels z.B. Tablette	wie viel, wie oft, wann nehmen Sie dieses Mittel?	nehme ich für / hilft mir gegen	seit	Ärztlich empfohlen ? ja/nein	In Apotheke empfohlen ? ja/nein
<i>z.B. Vitamin C, Fa. XYZ</i>	<i>Lutschtabletten mit 100 mg Vitamin C</i>	<i>1x jeden Morgen zum Frühstück</i>	<i>Vorbeugung Erkältungen</i>	<i>01.11.2025</i>	<i>nein</i>	<i>ja</i>
<i>z.B. Gemüse-Vitalpilz- Flüssigkonzentrat, Fa. ZYX</i>	<i>flüssig</i>	<i>je 1 Teelöffel zu den Mahlzeiten</i>	<i>Stärkt mein Immunsystem</i>	<i>01.10.2025</i>	<i>nein</i>	<i>nein</i>

Name des Mittels (möglichst genau)	Form des Mittels z.B. Tablette	wie viel, wie oft, wann nehmen Sie dieses Mittel?	nehme ich für / hilft mir gegen	seit	Ärztlich empfohlen ? ja/nein	In Apotheke empfohlen ? ja/nein

Name:

Seite 2