

MEDIKAMENTENPLAN FÜR:

VORNAME, NAME

GEB. DATUM

HAUSARZT: _____

Medikament / Einnahme*	Zeitpunkt und Menge			
	morgens	mittags	abends	nachts

Medikamentenallergie: _____

* Einnahme: **V** (vor der Mahlzeit) - **Z** (zur Mahlzeit) - **N** (nach der Mahlzeit)



JAUNTAL-APOTHEKE
9141 EBERNDORF
Bleiburger Straße 16
jauntal-apotheke@happynet.at
Telefon: +43 (0) 4236 51100
Fax: +43 (0) 4236 5110-20

FILIAL-APOTHEKE
9125 KÜHNSDORF
Fernando-Colazzo-Platz 2
jauntal-apotheke@happynet.at
Telefon: +43 (0) 4232 89440
Fax: +43 (0) 4232 89440-20