

برنامه دارویی

داده‌های شخصی

نام و نام خانوادگی بیمار: _____

تاریخ تولد یا شماره adremanummer: _____

تکمیل‌کننده لیست داروها:

☐ خودتان ☐ خانواده/نماینده ☐ پزشک عمومی ☐ دکتر داروخانه ☐ خانه سالمندان ☐ پرستاری خانگی ☐ سایر: _____

در تاریخ: _____ / _____ / _____

شخص رابط

نام شخص رابط

☐ بیمار ☐ دیگر _____ (نسبت، به عنوان مثال شوهر، خواهر، ...)

تلفن: _____

تلفن: _____

تلفن: _____

نام پزشک عمومی: _____

نام دکتر داروخانه: _____

ما از شما می‌خواهیم برنامه دارویی را در پشت این سند حتی‌الامکان به صورت کامل و واضح بنویسید.

همچنین این موارد را لحاظ کنید:

- رقیق‌کننده خون، قرص‌های خواب، مسکن‌ها، کورتیزون، داروهای هورمونی، داروهای معده، انسولین، آنتی‌بیوتیک‌ها، ویتامین‌ها، مکمل‌های غذایی، گیاهان دارویی، داروهای هومیوپاتی، و ...
- قطره گوش، قطره چشم، چسب زخم، اسپری آسم، سرنگ، پماد، ...
- داروهایی که فقط ۱ بار در هفته، ۱ بار در سال یا فقط در صورت نیاز مصرف می‌کنید
- داروهایی که اخیراً قطع شده‌اند (> ۲ هفته)

[illegible]

یادداشت‌ها