Medikamentenliste

Name: _____

Geburtsdatum: _____

10 HERZ ZEHN
GRUPPENPRAXIS FÜR INNERE MEDIZIN UND KARDIOLOGIE

DR. URSULA KLAAR
PRIV.DOZ. DR. CHRISTOF HAVEL

Medikamentenname	**Dosis**	**Morgen-Mittag-Abend-Nacht**				**Bemerkungen**
Beispielmedikament	16 mg	0	1	0	0	BB

Bitte tragen Sie auch die Medikamente ein, die Sie nur bei Bedarf nehmen und vermerken dies im Bemerkungsfeld mit „BB".

Internistisch-Kardiologische Gruppenpraxis | Dr. Ursula Klaar & Priv.-Doz. Dr. Christof Havel
Pernerstorfergasse 20, A-1100 Wien | Tel.: +43 1 604 40 65 | Fax: +43 1 641 64 80 | office@herz-zehnt.at | www.herz-zehn.at
Mo 13.30-20.00 **Di** 8.00-13.30 **Mi** 11.00-19.00 **Do** 8.30-13.30 **Fr** 8.30-13.30 Alle Kassen und Privat