SchmerzOrdination
Leben. Ohne Schmerz.

Name des Patienten:
Geburtsdatum:

Körpergröße:
Körpergewicht:
Medikamentenallergien:

Aktuelle Medikation										
Name des Medikaments	**Dosierung**	**morgens**	**mittags**	**abends**	**nachts**	**b. Bedarf**	**Indikation**	**Notiz**	**Datum Beginn**	**Datum Ende**
Novalgin	500 mg	2	0	2	-	max. 3 zusätzlich	Schmerzen		11.2.19	25.4.19