ÖGK

# Medikamentenpass
# Ihr Gesundheitsbegleiter



Grycaj - stock.adobe.com

für: .....

www.oegk.at

## Ihre Daten

**Familienname**

**Vorname**

**Geburtsdatum**

**Adresse**

**Versicherungsnummer**

**mitversichert bei**

# **Medikamentenverordnungen** zur Dauermedikation

Ihre Hausärztin bzw. Ihr Hausarzt (mit Stempel)

| Datum | Arzneimittel | morgens | mittags | abends | nachts | beh. Arzt/ Ärztin |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | vor ◯<br>zu ◯<br>nach ◯ dem Essen | | | | | |
| | vor ◯<br>zu ◯<br>nach ◯ dem Essen | | | | | |
| | vor ◯<br>zu ◯<br>nach ◯ dem Essen | | | | | |
| | vor ◯<br>zu ◯<br>nach ◯ dem Essen | | | | | |
| | vor ◯<br>zu ◯<br>nach ◯ dem Essen | | | | | |
| | vor ◯<br>zu ◯<br>nach ◯ dem Essen | | | | | |

| Datum | Arzneimittel | morgens | mittags | abends | nachts | beh. Arzt/ Ärztin |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | vor ◯<br>zu ◯<br>nach ◯ dem Essen | | | | | |
| | vor ◯<br>zu ◯<br>nach ◯ dem Essen | | | | | |
| | vor ◯<br>zu ◯<br>nach ◯ dem Essen | | | | | |
| | vor ◯<br>zu ◯<br>nach ◯ dem Essen | | | | | |
| | vor ◯<br>zu ◯<br>nach ◯ dem Essen | | | | | |
| | vor ◯<br>zu ◯<br>nach ◯ dem Essen | | | | | |

| Datum | Arzneimittel | morgens | mittags | abends | nachts | beh. Arzt/ Ärztin |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | vor ◯<br>zu ◯<br>nach ◯ dem Essen | | | | | |
| | vor ◯<br>zu ◯<br>nach ◯ dem Essen | | | | | |
| | vor ◯<br>zu ◯<br>nach ◯ dem Essen | | | | | |
| | vor ◯<br>zu ◯<br>nach ◯ dem Essen | | | | | |
| | vor ◯<br>zu ◯<br>nach ◯ dem Essen | | | | | |
| | vor ◯<br>zu ◯<br>nach ◯ dem Essen | | | | | |

| Datum | Arzneimittel | morgens | mittags | abends | nachts | beh. Arzt/ Ärztin |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | vor ◯<br>zu ◯<br>nach ◯ dem Essen | | | | | |
| | vor ◯<br>zu ◯<br>nach ◯ dem Essen | | | | | |
| | vor ◯<br>zu ◯<br>nach ◯ dem Essen | | | | | |
| | vor ◯<br>zu ◯<br>nach ◯ dem Essen | | | | | |
| | vor ◯<br>zu ◯<br>nach ◯ dem Essen | | | | | |
| | vor ◯<br>zu ◯<br>nach ◯ dem Essen | | | | | |

| Datum | Arzneimittel | morgens | mittags | abends | nachts | beh. Arzt/ Ärztin |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | vor ◯<br>zu ◯<br>nach ◯ dem Essen | | | | | |
| | vor ◯<br>zu ◯<br>nach ◯ dem Essen | | | | | |
| | vor ◯<br>zu ◯<br>nach ◯ dem Essen | | | | | |
| | vor ◯<br>zu ◯<br>nach ◯ dem Essen | | | | | |
| | vor ◯<br>zu ◯<br>nach ◯ dem Essen | | | | | |
| | vor ◯<br>zu ◯<br>nach ◯ dem Essen | | | | | |

## Bekannte Allergien:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

*)

*) Medikamente sind Heilmittel - keine Zuckerln

*))

*)) Die Ärztin bzw. der Arzt verordnet - Sie tun mit

## Hauptdiagnosen:

.....

.....

.....

.....

.....

.....



***))) Medikamentenpass immer mitnehmen**

ÖGK

**Impressum:**
Medieninhaber, Herausgeber und Redaktion:
Österreichische Gesundheitskasse
Wienerbergstraße 15-19, 1100 Wien
www.oegk.at/impressum

Druck: Druckservices ÖGK
Bildquellen: stock.adobe.com
Satz- und Druckfehler vorbehalten.

GFPH_99-280_MW_28.10.2026