

Seit 2016 gibt es einen gesetzlichen Anspruch auf Aushändigung eines Medikationsplans in Papierform für Patientinnen und Patienten, die mindestens

- ➔ drei verordnete Arzneimittel über
- ➔ vier Wochen oder länger anwenden.

Im Normalfall wird der Plan von Ihrer Hausärztin oder Ihrem Hausarzt erstellt.

Sollten Sie keinen Anspruch haben: Mit dem Muster auf der Innenseite können Sie sich Ihre eigene Übersicht erstellen. Bitte führen Sie alle angewendeten Medikamente auf, auch die rezeptfrei gekauften Arzneimittel. Halten Sie den Plan aktuell und griffbereit!

### Die Initiative der BAGSO möchte...

- ➔ Sie über Ihren Anspruch auf einen Medikationsplan aufklären,
- ➔ Sie ermutigen, bei Ihren Ärzten den Medikationsplan anzufragen,
- ➔ Ihre Sicherheit durch die Nutzung des Medikationsplans verbessern.



### Schirmherrschaft:

Prof. Dr. Claudia Schmidtke  
Mitglied des Deutschen Bundestages



Die Beauftragte der Bundesregierung  
für die Belange der Patientinnen und Patienten

### Herausgeber:

BAGSO –  
Bundesarbeitsgemeinschaft der  
Senioren-Organisationen e.V.



### Kontakt:

Initiative „Medikationsplan schafft Überblick“  
BAGSO Service Gesellschaft  
Hans-Böckler-Straße 3  
53225 Bonn  
Tel.: 0228 / 55 52 55 - 50  
E-Mail: [info@bagso-service.de](mailto:info@bagso-service.de)

### Weitere Informationen:

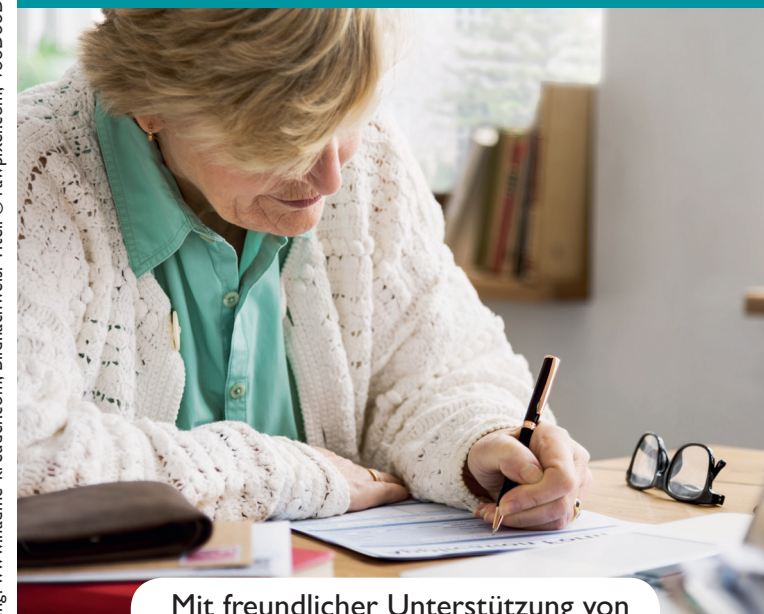
[www.medikationsplan-schafft-ueberblick.de](http://www.medikationsplan-schafft-ueberblick.de)



Eine Initiative der BAGSO



## Mein ausfüllbarer Medikationsplan



Mit freundlicher Unterstützung von



NOVARTIS



|                        |                                    |                                                |
|------------------------|------------------------------------|------------------------------------------------|
| <b>Medikationsplan</b> | Vorname, Nachname: _____           | Hausärztin/Hausarzt (Vorname, Nachname): _____ |
|                        | Geboren am: _____                  | _____                                          |
|                        | Medikationsplan erstellt am: _____ | Telefon: _____                                 |

| Wirkstoff                                     | Handelsname          | Stärke                  | Form                            | Dosis                                                                         |         |        |           | Einheit    | Hinweise                                                     | Grund                                                            |
|-----------------------------------------------|----------------------|-------------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|---------|--------|-----------|------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
|                                               |                      |                         |                                 | morgens                                                                       | mittags | abends | zur Nacht |            |                                                              |                                                                  |
| Name des im Medikament enthaltenen Wirkstoffs | Name des Medikaments | Wirkstärke, z.B. 100 mg | Darreichungsform, z.B. Tablette | Hier steht die Angabe, wann Sie Ihr Medikament in welcher Dosierung einnehmen |         |        |           | z.B. Stück | Bei Bedarf Hinweise zum Medikament, z.B. zum Essen einnehmen | Der Anlass, warum das Medikament verordnet wurde, z.B. Schmerzen |
|                                               |                      |                         |                                 |                                                                               |         |        |           |            |                                                              |                                                                  |
|                                               |                      |                         |                                 |                                                                               |         |        |           |            |                                                              |                                                                  |
|                                               |                      |                         |                                 |                                                                               |         |        |           |            |                                                              |                                                                  |
|                                               |                      |                         |                                 |                                                                               |         |        |           |            |                                                              |                                                                  |
|                                               |                      |                         |                                 |                                                                               |         |        |           |            |                                                              |                                                                  |
|                                               |                      |                         |                                 |                                                                               |         |        |           |            |                                                              |                                                                  |
|                                               |                      |                         |                                 |                                                                               |         |        |           |            |                                                              |                                                                  |