

**Medicinkort**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Navn:** | **Cpr.nr:** | **Dato:** |
| **Lægemidlets navn:****Form:****Styrke:** | **Lægemidlets navn:****Form:****Styrke:** | **Lægemidlets navn:****Form:****Styrke:** |
| **Dosering:** | **Dosering:** | **Dosering:** |
| **Morgen** |  | **Morgen** |  | **Morgen** |  |
| **Middag** |  | **Middag** |  | **Middag** |  |
| **Aften** |  | **Aften** |  | **Aften** |  |
| **Nat** |  | **Nat** |  | **Nat** |  |
| **Indikation for behandling:** | **Indikation for behandling:** | **Indikation for behandling:** |
| **Særlige forhold ved indtagelse:** | **Særlige forhold ved indtagelse:** | **Særlige forhold ved indtagelse:** |
| **Stesolid:** | **ja** | **nej** |
| **Hvis ja, udspecificer håndtering – eks dosering og tidsintervallet efter anfaldet** |
| **Forældre underskrift:** |
| **Yderligere kommentarer** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |