Medikamentenplan

RADIOTHERAPIE
STRAHLENTHERAPIE
Zentrum für Radio-Strahlentherapie
PRAXIS BERLIN

Name, Vorname

Medikament /Einnahme*	Dosierung (mg, ml, etc)	Zeitpunkt und Menge				Grund der Einnahme	Behandlung begonnen am
		morgens	mittags	abends	nachts		

Bemerkungen:

Medikamentenallergie:

* Einnahme: **V** (vor der Mahlzeit) - **Z** (zur Mahlzeit) - **N** (nach der Mahlzeit)

Zentrum für Radio- und Strahlentherapie
Karl-Marx-Allee 90A, 10243 Berlin
U5 Weberwiese

Telefon: +49 30 / 224 880 04
Fax: +49 30 / 224 880 05
Email: info@radio-strahlentherapie.de

Sprechstunden
Mo.-Fr.: 9:00 - 18:00 Uhr
Sa./So. - geschlossen