

Anlage 3.5: Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Verlaufskontrolle der peripheren Arteriellen Verschlusskrankheit (pAVK)

Anhang 1 zu Anlage 3.5: Medikamentenplan pAVK

Regelmäßig	Medikamentenname und Wirkstoff	Stärke und Dar.-Form*	Dosierung				Einnahmegrund / Kommentar	Vom Arzt verordnet
			morgens	mittags	abends	zur Nacht		
<input type="checkbox"/>								<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>								<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>								<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>								<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>								<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>								<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>								<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>								<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>								<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>								<input type="checkbox"/>

*Dar.-Form = Darreichungsform, z. B. Tablette, Saft, Spray, Tropfen, Salbe