

Dit fulde navn:

Holdnummer:

**Dataindsamling:**

Navn, alder, vægt, højde:	
Diagnoser og tilstande:	
Fysisk funktionsniveau:	
Psykisk tilstand og kognitivt funktionsniveau:	
Socialt netværk og interesser:	
Aktuelle problemstillinger relateret til medicinen:	
Hjælp til medicin håndtering:	

# Medicinskema

Navn: xxxxxxxxx

Cpr: xxxxxxxxx

Orinations dato	Seponerings dato	Dispenserings form	Handels navn	Generisk navn	Styrke	Orination (Dosis og Hyppighed)	Morgen	Middag	Aften	Nat	Indikation	Bemærkning
PN medicin												