

CHECKLISTE

Therapie

Medikament 1: _____

_____ mal täglich

__morgens __mittags __abends

_____ mal in der Woche

Wochentage: _____

anderer Rhythmus: _____

Medikament 2: _____

_____ mal täglich

__morgens __mittags __abends

_____ mal in der Woche

Wochentage: _____

anderer Rhythmus: _____

Was muss ich bei der Therapie **beachten**?

Darf ich alles **essen und trinken**?

Darf ich in die **Sonne**? ja / nein

Sind **andere Medikamente** ein Problem?

Mit welchen **Nebenwirkungen** muss ich rechnen?

Welche **Kontrolluntersuchungen** sind nötig und wie oft?

Wann kann ich eine **Wirkung** bemerken? _____ Wochen

Welche **andere Therapie** käme in Frage? _____

Wann soll ich **wiederkommen**? _____

Fragen an den Hautarzt

Andere Medikamente

Andere Erkrankungen

Unverträglichkeiten

Allergien
