



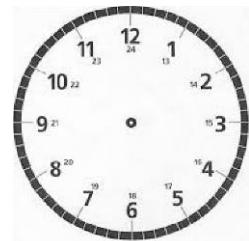
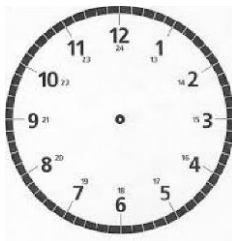
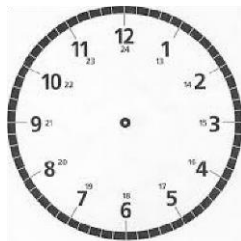
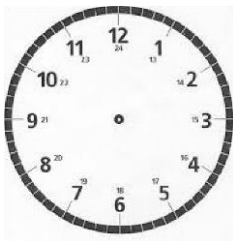
www.medizin-hilft.org
info@medizin-hilft.org

Mr / Mrs / Child _____ (Herr / Frau / Kind)

Medication (Einnahmeplan)

The medicine _____ (Das Medikament)

- should be taken if necessary. (soll bei Bedarf eingenommen werden.)
- should be taken _____x per day at maximum. (höchstens ___x am Tag eingenommen werden.)
- should be taken daily at the following times: (täglich zu folgenden Zeiten einnehmen.)



Duration of the medication (date) : _____ (Dauer der Einnahme bis (Datum))

Follow up visit with a doctor (Wiedervorstellung beim Arzt)

- is not necessary. (ist nicht erforderlich.)
- is necessary, if the troubles did not improve / are not gone in _____ days. (ist erforderlich, wenn die Beschwerden nicht besser / weg sind in ___ Tagen.)
- is necessary approximately (date) _____ . (ist erforderlich circa am (Datum) __.)
- An appointment with a registered doctor is necessary. (Termin beim niedergelassenen Arzt ist erforderlich.)

Health insurance certificate exists. (Krankenschein ist vorhanden.)

Dentist health insurance certificate exists. (Zahnschein ist vorhanden.)

