

1. Psychisch wirksame Medikamente, einschließlich rezeptfreier Schmerzmittel

Name des Medikaments	Verordnet durch wen? (Name und Arztbezeichnung)	Dosis? Wie viel? Wie oft am Tag? Nehmen Sie mehr od. weniger als das ein?	Warum? Wozu soll das Medikament dienen? Welche Störungen / Symptome werden behandelt?	Erfolg Wie zufrieden sind Sie mit dem Erfolg von 0 % (gar nicht)-100 % (völlig)	Nebenwirkungen Beobachten Sie Nebenwirkungen? Wenn ja, welche?

2. Bitte geben Sie alle anderen Medikamente an, die Sie wegen körperlicher Erkrankungen regelmäßig einnehmen.
(Name des Medikaments? Wann? Welche Dosis?)
