

Medikamenten-Tagebuch

Wirkung, Nebenwirkungen und Dosis systematisch dokumentieren – für Betroffene, Eltern und Angehörige

So nutzen Sie dieses Tagebuch

Füllen Sie zunächst für jedes Medikament ein Stammbblatt aus (Seite 2+). Führen Sie dann das Tagesprotokoll jede Woche konsequent – auch wenn nichts Besonderes passiert. Gerade gleichbleibende Einträge zeigen dem Arzt, was den Alltag ausmacht. Bringen Sie das Tagebuch zu jedem Termin mit.

Persönliche Angaben

Name:

Geburtsdatum:

Diagnose (ASS):

Weitere Diagnosen:

Behandelnder Arzt / Psychiater:

Telefon Praxis:

Apotheke:

Telefon:

Krankenkasse:

Versichertenr.:

Aktuelle Medikamente – Übersicht

Medikament	Wirkstoff	Morgen	Mittag	Abend	Nacht	Seit	Zweck

Wichtige Hinweise zur Dokumentation

- Niemals Medikamente ohne Rücksprache mit dem Arzt ändern oder absetzen. ■ Dieses Tagebuch ersetzt keine ärztliche Beratung – es unterstützt sie. ■ Bei Kindern: Beobachtungen von Eltern und Lehrpersonal separat notieren.
- Bei Notfall oder Vergiftung: 112 / Giftnotruf 030 19240.

Tagebuch begonnen am: _____ | Geführt von: _____

Medikamenten-Stamtblatt

Medikament (Handelsname):

Wirkstoff:

Verschrieben von:

Datum:

Diagnose / Grund:

Dosierung

Zeitpunkt	Dosis	Form	Mit/ohne Essen	Hinweise
Morgens				
Mittags				
Abends				
Nachts				
Bei Bedarf				

Therapieziel & Beobachtungsauftrag

Was soll sich durch dieses Medikament verbessern?

z. B. Konzentration, Impulsivität, Schlaf, Angst, Reizbarkeit ...

Worauf soll ich bei meinem Kind / mir besonders achten?

Abgesprochen mit Arzt / Ärztin:

Bewertungsskalen – Erklärung

Skala	Bedeutung	1	5	10
Wirkung (1–10)	Wie gut wirkt das Medikament?	Keine Wirkung spürbar	Teilweise wirksam	Volle Wirkung wie erhofft
Nebenwirkungen (0–5)	Wie stark sind Nebenwirkungen?	Keine	Spürbar, aber ertragbar	Sehr stark / unertragbar
Stimmung (1–10)	Wie ist die allgemeine Stimmung?	Sehr schlecht / deprimiert	Mittel	Sehr gut / ausgeglichen

Bekannte Nebenwirkungen & wann den Arzt kontaktieren

NW laut Beipackzettel (Stichpunkte):

Arzt sofort kontaktieren wenn:

Notfallkontakt Arzt / Praxis:

Telefon:

Nächster Kontrolltermin:

Blutbild / EKG fällig am:

Medikamenten-Stammblatt

Medikament (Handelsname):

Wirkstoff:

Verschrieben von:

Datum:

Diagnose / Grund:

Dosierung

Zeitpunkt	Dosis	Form	Mit/ohne Essen	Hinweise
Morgens				
Mittags				
Abends				
Nachts				
Bei Bedarf				

Therapieziel & Beobachtungsauftrag

Was soll sich durch dieses Medikament verbessern?

z. B. Konzentration, Impulsivität, Schlaf, Angst, Reizbarkeit ...

Worauf soll ich bei meinem Kind / mir besonders achten?

Abgesprochen mit Arzt / Ärztin:

Bewertungsskalen – Erklärung

Skala	Bedeutung	1	5	10
Wirkung (1–10)	Wie gut wirkt das Medikament?	Keine Wirkung spürbar	Teilweise wirksam	Volle Wirkung wie erhofft
Nebenwirkungen (0–5)	Wie stark sind Nebenwirkungen?	Keine	Spürbar, aber ertragbar	Sehr stark / unertragbar
Stimmung (1–10)	Wie ist die allgemeine Stimmung?	Sehr schlecht / deprimiert	Mittel	Sehr gut / ausgeglichen

Bekannte Nebenwirkungen & wann den Arzt kontaktieren

NW laut Beipackzettel (Stichpunkte):

Arzt sofort kontaktieren wenn:

Notfallkontakt Arzt / Praxis:

Telefon:

Nächster Kontrolltermin:

Blutbild / EKG fällig am:

Woche 1 – Tagesprotokoll **Medikament:** _____

Datum: Mo Di Mi Do Fr Sa So

Zeit	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
Morgen							
Mittag							
Abend							
Nacht							

Beobachtungen / Notizen

Wirkung (1–10)							
Nebenwirk. (0–5)							
Stimmung (1–10)							
Schlaf (Std.)							

Wochennotiz – Besonderheiten, Arzttermine, Dosisänderungen:

Woche 2 – Tagesprotokoll **Medikament:** _____

Datum: Mo Di Mi Do Fr Sa So

Zeit	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
Morgen							
Mittag							
Abend							
Nacht							

Beobachtungen / Notizen

Wirkung (1–10)							
Nebenwirk. (0–5)							
Stimmung (1–10)							
Schlaf (Std.)							

Wochennotiz – Besonderheiten, Arzttermine, Dosisänderungen:

Woche 3 – Tagesprotokoll **Medikament:** _____

Datum: Mo Di Mi Do Fr Sa So

Zeit	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
Morgen							
Mittag							
Abend							
Nacht							

Beobachtungen / Notizen

Wirkung (1–10)							
Nebenwirk. (0–5)							
Stimmung (1–10)							
Schlaf (Std.)							

Wochennotiz – Besonderheiten, Arzttermine, Dosisänderungen:

Woche 4 – Tagesprotokoll **Medikament:** _____

Datum: Mo Di Mi Do Fr Sa So

Zeit	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
Morgen							
Mittag							
Abend							
Nacht							

Beobachtungen / Notizen

Wirkung (1–10)							
Nebenwirk. (0–5)							
Stimmung (1–10)							
Schlaf (Std.)							

Wochennotiz – Besonderheiten, Arzttermine, Dosisänderungen:

Woche 5 – Tagesprotokoll **Medikament:** _____

Datum: Mo Di Mi Do Fr Sa So

Zeit	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
Morgen							
Mittag							
Abend							
Nacht							

Beobachtungen / Notizen

Wirkung (1–10)							
Nebenwirk. (0–5)							
Stimmung (1–10)							
Schlaf (Std.)							

Wochennotiz – Besonderheiten, Arzttermine, Dosisänderungen:

Woche 6 – Tagesprotokoll **Medikament:** _____

Datum: Mo Di Mi Do Fr Sa So

Zeit	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
Morgen							
Mittag							
Abend							
Nacht							

Beobachtungen / Notizen

Wirkung (1–10)							
Nebenwirk. (0–5)							
Stimmung (1–10)							
Schlaf (Std.)							

Wochennotiz – Besonderheiten, Arzttermine, Dosisänderungen:

Woche 7 – Tagesprotokoll **Medikament:** _____

Datum: Mo Di Mi Do Fr Sa So

Zeit	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
Morgen							
Mittag							
Abend							
Nacht							

Beobachtungen / Notizen

Wirkung (1–10)							
Nebenwirk. (0–5)							
Stimmung (1–10)							
Schlaf (Std.)							

Wochennotiz – Besonderheiten, Arzttermine, Dosisänderungen:

Woche 8 – Tagesprotokoll **Medikament:** _____

Datum: Mo Di Mi Do Fr Sa So

Zeit	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
Morgen							
Mittag							
Abend							
Nacht							

Beobachtungen / Notizen

Wirkung (1–10)							
Nebenwirk. (0–5)							
Stimmung (1–10)							
Schlaf (Std.)							

Wochennotiz – Besonderheiten, Arzttermine, Dosisänderungen:
