

Ihr persönliches

# PATIENTEN- TAGEBUCH

Vom Arzt oder der Apotheke  
zur Abgabe an den Patienten.

## LIEBER PATIENT,

Cannamedical unterstützt Sie und Ihren behandelnden Arzt mit diesem Tagebuch bei Ihrer individuellen Therapie. Es ist wichtig, dass Sie Ihren Therapieverlauf gewissenhaft dokumentieren, sodass der Arzt die Dosierung auf Sie anpassen kann. Bitte bringen Sie das Tagebuch zu jedem Arztbesuch mit.

Durch das Mitführen Ihres Therapietagebuchs können Sie außerdem Ihren Status als Patient mit einer ärztlich verordneten Therapie belegen und die bestimmungsgemäße Einnahme Ihres Medikaments nachweisen.

Bitte halten Sie sich unbedingt an die Therapieempfehlungen Ihres Arztes. Sie sollten keinesfalls Ihre Medikation eigenständig anpassen. Stimmen Sie darüber hinaus die gleichzeitige Einnahme anderer Medikamente immer mit Ihrem behandelnden Arzt ab.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe. Wir wünschen Ihnen gute Besserung.

---

## BEHANDELNDER ARZT

*Arztstempel*

---

## PATIENTENDATEN

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

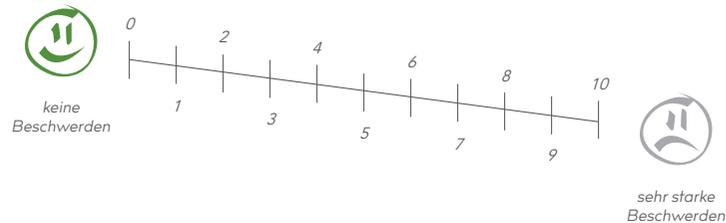
PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

## CANNAMEDICAL PATIENTENAUSWEIS

## ANLEITUNG

Wie ist Ihr Zustand heute? Bitte geben Sie diesen auf der folgenden Skala an:



Auf den Folgeseiten tragen Sie bitte jeden Wochentag morgens, mittags und abends die Symptomstärke durch Ankreuzen der entsprechenden Felder ein. Darüber hinaus haben Sie in der Zeile „Kommentare“ die Möglichkeit evtl. auftretende Nebenwirkungen oder zusätzliche auftretende Symptome zu vermerken. Sollten Sie zur Behandlung dieser zusätzlichen Symptome weitere Medikamente einnehmen, vermerken sie diese bitte unter „Zusatzmedikation“.

Mithilfe Ihrer Angaben kann der Arzt Ihre Dosis zur Behandlung der Symptome bestmöglich auf Sie anpassen. Bitte bringen Sie deshalb das Tagebuch zu jedem Arztbesuch mit.

## UM WELCHE BESCHWERDEN HANDELT ES SICH?

Bitte kreuzen Sie die entsprechenden Beschwerden in der untenstehenden Auflistung an:

- chronische Schmerzen
  - neuropathische Schmerzen
  - chronisch-entzündliche Darmerkrankungen
  - Spastik
  - Übelkeit/Erbrechen
  - Schlafstörungen
  - ADHS
  - Tourette Syndrom
  - Epilepsie
  - depressive Episoden\*
  - Angststörungen
  - andere: \_\_\_\_\_
- 
- 

*\*Hinweis: Bei einer klinischen Depression können THC-reiche Medikamente kontraindiziert sein. Es sollte eine individuelle Nutzen-Risiko-Abwägung erfolgen.*



# DOSISFINDUNG ZUM THERAPIEBEGINN

Auszufüllen durch den behandelnden Arzt: Bitte dokumentieren Sie hier die Einti-  
rierungsphase. Beginnen Sie prinzipiell mit einer möglichst niedrigen Dosierung.  
Bei jedem Dosierschritt sollte eine Gewöhnungsphase von mehreren Tagen un-  
bedingt eingehalten werden. Während der Dosisfindung sollte vom Führen eines  
Fahrzeugs oder dem Bedienen schwerer Maschinen abgesehen werden.

Bitte kreuzen Sie den entsprechenden Buchstaben für die jeweilige Darrei-  
chungsform an.

**A** inhalativ nach Verdampfung

**C** oral (Tee/Kapseln)

**B** oral/sublingual (Extrakt)

**D** oromucosal (Spray)

geplanter Zeitraum:		
Medikation	Darreichungsform	Dosis
	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D	
Kommentare		
Datum & Kürzel		

geplanter Zeitraum:		
Medikation	Darreichungsform	Dosis
	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D	
Kommentare		
Datum & Kürzel		

geplanter Zeitraum:		
Medikation	Darreichungsform	Dosis
	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D	
Kommentare		
Datum & Kürzel		

geplanter Zeitraum:		
Medikation	Darreichungsform	Dosis
	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D	
Kommentare		
Datum & Kürzel		

# THERAPIEVERLAUF

Auszufüllen durch den behandelnden Arzt: Bitte dokumentieren Sie hier den Verlauf der Therapie bzw. eventuelle Anpassungen der Dosierung oder auftretende Nebenwirkungen.

Medikation	Darreichungsform	Dosis
	A B C D	
Kommentare		
Datum & Kürzel		

Medikation	Darreichungsform	Dosis
	A B C D	
Kommentare		
Datum & Kürzel		

Medikation	Darreichungsform	Dosis
	A B C D	
Kommentare		
Datum & Kürzel		

Medikation	Darreichungsform	Dosis
	A B C D	
Kommentare		
Datum & Kürzel		

Medikation	Darreichungsform	Dosis
	A B C D	
Kommentare		
Datum & Kürzel		

# PATIENTENPROTOKOLL

CANNABISMEDIKATION: \_\_\_\_\_

Tag	Montag			Dienstag			Mittwoch			Donnerstag			Freitag			Samstag			Sonntag		
Datum																					
Zeit	7:00	13:00	19:00	7:00	13:00	19:00	7:00	13:00	19:00	7:00	13:00	19:00	7:00	13:00	19:00	7:00	13:00	19:00	7:00	13:00	19:00
 keine Beschwerden																					
 körperliche Beschwerden																					
 sehr starke Beschwerden																					
Kommentar (z.B. Nebenwirkungen)																					
Zusatzmedikation																					

# PATIENTENPROTOKOLL

CANNABISMEDIKATION: \_\_\_\_\_

Tag	Montag			Dienstag			Mittwoch			Donnerstag			Freitag			Samstag			Sonntag		
Datum																					
Zeit	7:00	13:00	19:00	7:00	13:00	19:00	7:00	13:00	19:00	7:00	13:00	19:00	7:00	13:00	19:00	7:00	13:00	19:00	7:00	13:00	19:00
 keine Beschwerden   körperliche Beschwerden    sehr starke Beschwerden																					
Kommentar (z.B. Nebenwirkungen)																					
Zusatzmedikation																					

# PATIENTENPROTOKOLL

CANNABISMEDIKATION: \_\_\_\_\_

Tag	Montag			Dienstag			Mittwoch			Donnerstag			Freitag			Samstag			Sonntag		
Datum																					
Zeit	7:00	13:00	19:00	7:00	13:00	19:00	7:00	13:00	19:00	7:00	13:00	19:00	7:00	13:00	19:00	7:00	13:00	19:00	7:00	13:00	19:00
 keine Beschwerden   körperliche Beschwerden    sehr starke Beschwerden																					
Kommentar (z.B. Nebenwirkungen)																					
Zusatzmedikation																					

# PATIENTENPROTOKOLL

CANNABISMEDIKATION: \_\_\_\_\_

Tag	Montag			Dienstag			Mittwoch			Donnerstag			Freitag			Samstag			Sonntag		
Datum																					
Zeit	7:00	13:00	19:00	7:00	13:00	19:00	7:00	13:00	19:00	7:00	13:00	19:00	7:00	13:00	19:00	7:00	13:00	19:00	7:00	13:00	19:00
 keine Beschwerden   körperliche Beschwerden    sehr starke Beschwerden																					
Kommentar (z.B. Nebenwirkungen)																					
Zusatzmedikation																					

# PATIENTENPROTOKOLL

CANNABISMEDIKATION: \_\_\_\_\_

Tag	Montag			Dienstag			Mittwoch			Donnerstag			Freitag			Samstag			Sonntag		
Datum																					
Zeit	7:00	13:00	19:00	7:00	13:00	19:00	7:00	13:00	19:00	7:00	13:00	19:00	7:00	13:00	19:00	7:00	13:00	19:00	7:00	13:00	19:00
 keine Beschwerden   körperliche Beschwerden    sehr starke Beschwerden																					
Kommentar (z.B. Nebenwirkungen)																					
Zusatzmedikation																					



# CANNAMEDICAL®

PHARMA GMBH

Rudi-Conin-Str. 7

50829 Köln



[cannamedical.com](http://cannamedical.com)

## Für Patienten

**T** +49 (0) 221 999 96 - 0

**@** [patient@cannamedical.de](mailto:patient@cannamedical.de)

## Für Ärzte

**T** +49 (0) 221 9999 6160

**@** [aerzte@cannamedical.de](mailto:aerzte@cannamedical.de)