

## Patient

Name, Vorname

## Behandelnde(r) Arzt / Ärztin

Name, Vorname

## Behandelnde Institution

Name, Adresse, Telefonnummer

**kompass**   
Ihr individueller Begleiter

## Therapieplan

für: .....

Alle im Bereich dieses Dokuments zur Verfügung gestellten Informationen wurden mit größtmöglicher Sorgfalt erarbeitet und zusammengestellt (Stand: 03/2014). Janssen-Cilag übernimmt dennoch keine Gewähr für ihre Aktualität, Richtigkeit und Vollständigkeit. Für den Ersatz von Schäden, gleich aus welchem Rechtsgrund, haftet Janssen-Cilag nur, wenn ihr, ihren gesetzlichen Vertretern, Mitarbeitern oder Erfüllungsgehilfen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt. Schadensersatzansprüche wegen der Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit bleiben von der vorstehenden Regelung ausgeschlossen.

Janssen-Cilag GmbH • Johnson & Johnson-Platz 1 • D-41470 Neuss • Telefon: 02137 955-0 • Telefax: 02137 955-327

**janssen** 

**janssen** 

# Therapieplan



Woche ..... Datum ..... bis .....

Orale Medikamente	Dosis Einnahmezeitpunkt			
	Morgens	Mittags	Abends	Nachts

Depotmedikament	Nächste Gabe	
	Datum	Uhrzeit

Therapie	Termine	
	Datum	Uhrzeit

Woche ..... Datum ..... bis .....

Orale Medikamente	Dosis Einnahmezeitpunkt			
	Morgens	Mittags	Abends	Nachts

Depotmedikament	Nächste Gabe	
	Datum	Uhrzeit

Therapie	Termine	
	Datum	Uhrzeit