

## Therapieplan

für: .....

# Therapieplan

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

Orale Medikamente	Dosis Einnahmezeitpunkt			
	Morgens	Mittags	Abends	Nachts

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

Orale Medikamente	Dosis Einnahmezeitpunkt			
	Morgens	Mittags	Abends	Nachts



Depotmedikament	Nächste Gabe	
	Datum	Uhrzeit

Therapie	Termine	
	Datum	Uhrzeit

Depotmedikament	Nächste Gabe	
	Datum	Uhrzeit

Therapie	Termine	
	Datum	Uhrzeit

# Patient

.....  
Name, Vorname

# Behandelnde(r) Arzt / Ärztin

.....  
Name, Vorname

# Behandelnde Institution

.....  
Name, Adresse, Telefonnummer

Dieses Material enthält lediglich Beispiele für die im Rahmen einer Schizophrenie-Behandlung abzuklärenden medizinischen Gesichtspunkte und ist nicht als Diagnostik- oder Therapieempfehlung zu verstehen. Sie erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit! Patientenindividuell können weitere wichtige Behandlungsaspekte abzuklären sein. Die Entscheidung über Diagnose und Therapie obliegt allein dem behandelnden Arzt.

Alle im Bereich dieses Dokuments zur Verfügung gestellten Informationen wurden mit größtmöglicher Sorgfalt erarbeitet und zusammengestellt. Die Janssen-Cilag GmbH 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 oder aus einer zwingenden Gefährdungshaftung bleiben von der vorstehenden Regelung ausgeschlossen.