Meine Medikamentenliste

Name: _____ **Datum:** _____

Diese Medikamente wende ich regelmäßig an:

Handelsname (Wirkstoff)	Form (z. B. Tabletten)	Stärke (Dosis)	Häufigkeit der Anwendung	Anwendungsgrund

DE-VNCCLL-220111 Stand 12/22

VENCLYXTO®

abbvie care with you