

MEDICATIESCHEMA

▲ PERSOONLIJKE GEGEVENS

Voornaam en naam patiënt: _____

Geboortedatum of adremanummer: _____

Medicatielijst werd ingevuld door:

☐ Uzelf ☐ Familie/vertegenwoordiger ☐ Huisarts ☐ Apotheker ☐ Woonzorgcentrum ☐ Thuisverpleging ☐ Andere: _____

Op datum van: _____ / _____ / _____

▲ CONTACTPERSONEN

Naam contactpersoon: _____ Telefoon: _____

☐ Patiënt ☐ Andere: _____ (verwantschap, bv. echtgenoot, zus, ...)

Naam huisarts: _____ Telefoon: _____

Naam apotheker: _____ Telefoon: _____

▲ WE VRAGEN U OM HET MEDICATIESCHEMA OP DE ACHTERZIJDE VAN DIT DOCUMENT ZO VOLLEDIG MOGELIJK IN TE VULLEN OF TE LATEN INVULLEN.

Denk daarbij ook aan:

- Bloedverduunners, slaappillen, pijnstillers, cortisone, hormonale preparaten, medicatie tegen maagklachten, insuline, antibiotica, vitamines, voedingssupplementen, geneeskrachtige kruiden, homeopathische middelen, ...
- Oordruppels, oogdruppels, medicatiepleisters, puffers, spuiten, zalven, ...
- Geneesmiddelen die u slechts 1x /week, 1x /jaar of enkel indien nodig gebruikt
- Recent stopgezette medicatie (< 2 weken)

[illegible]

OPMERKINGEN Noteer hier allergieën of bijwerkingen van geneesmiddelen