

MEDICATIESCHEMA

▲ PERSOONLIJKE GEGEVENS

Voornaam en naam patiënt: _____

Geboortedatum: _____

Medicatielijst werd ingevuld door:

Patiënt Familie/vertegenwoordiger Huisarts Apotheke Woonzorgcentrum Thuisverpleging Andere: _____

Datum: _____ / _____ / _____

▲ CONTACTPERSONEN

Naam contactpersoon: _____ Telefoon: _____

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

Naam huisarts: _____ Telefoon: _____

Naam apotheker: _____ Telefoon: _____

▲ VUL HET MEDICATIESCHEMA OP DE ACHTERZIJDE VAN DIT DOCUMENT ZO VOLLEDIG MOGELIJK IN OF LAAT HET INVULLEN.

Denk ook aan:

- Bloedverdunners, slaappillen, pijnstillers, cortisone, hormonale preparaten, medicatie tegen maagklachten, insuline, antibiotica, vitamines, voedingssupplementen, geneeskrachtige kruiden, homeopathische middelen, ...
- Oordruppels, oogdruppels, medicatiepleisters, puffers, spuiten, zalven, ...
- Geneesmiddelen die je maar één keer per week, één keer per jaar of enkel indien nodig gebruikt
- Recent stopgezette medicatie (< 2 weken)

MIJN GENEESMIDDELEN							ONTBIJT			10 u.	MIDDAGMAAL			16 u.	AVONDMAAL			20 u.	VOOR HET SLAPEN		
Geneesmiddel	Dosis	Vorm	Frequentie	Inname	Eenheid	Nuchter	Voor	Tijdens	Na		Voor	Tijdens	Na		Voor	Tijdens	Na				
Bv. Dafalgan	500 mg	bruistablet	2x/dag	oraal	tablet			1								1					

OPMERKINGEN Noteer hier allergieën of bijwerkingen van geneesmiddelen
