

Thuismedicatieschema: mee te brengen bij opname (samen met uw medicatie in originele verpakking) en bij elk doktersbezoek

Vul deze lijst in, of vraag een afleveringsoverzicht aan uw apotheker

Gegevens Patient	
Naam	
Geboortedatum/...../.....

(of kleefvignet)

Wie is uw apotheker ?	
Naam	
Plaats	
Telefoon	

Wie is uw huisarts ?	
Naam	
Plaats	
Telefoon	

Gegevens oorsprong medicatielijst	
Ingevuld door: <input type="checkbox"/> uzelf <input type="checkbox"/> familie <input type="checkbox"/> arts <input type="checkbox"/> apotheker <input type="checkbox"/> rusthuis <input type="checkbox"/> thuisverpleging	Datum: / /

Denk ook aan: Bloedverdunners, slaappillen, pijnstillers, cortisone, hormonale preparaten, iets tegen maagklachten, ...
 oogdruppels, Medicatiepleisters, puffers, spuiten, zalven, ...
 Voedingssupplementen, geneeskrachtige kruiden, homeopatische middelen, ...

Bijzonderheden
- allergie: - ... - ...

Geneesmiddel Naam + dosis	Vorm (tablet, siroop, inspuiting, ...)	Frequentie + opmerkingen (vb: Stopdatum, laatste toedieningsdatum, voor of tijdens de maaltijd, ...)	Ochtend		Middag	Avond	Slapen
			Nuchter ... u	Ontbijt ... u	Middag ... u	Avond-eten ... u	Voor 't slapen ... u
Geneesmiddelen 1x per week, 1 x per maand,			Geneesmiddelen enkel te nemen indien nodig / Opmerkingen				
Insuline toedieningsoverzicht							
Thuisverpleging (inspuitingen,)							
Verbandmateriaal			Antico-schema				