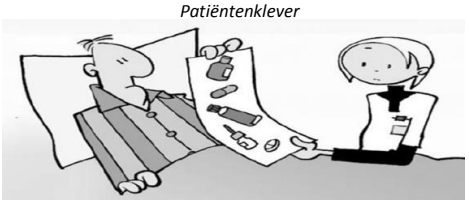
AZDIEST

PERSOONLIJKE MEDICATIELIJST

Naam patiënt :

Geboortedatum :

Patiëntenklever



VRAAG HULP AAN UW HUISARTS, APOTHEKER, THUISVERPLEEGKUNDIGE OF FAMILIE VOOR HET INVULLEN VAN DIT SCHEMA !

Noteer hier enkel die geneesmiddelen die u dagelijks of regelmatig neemt
Noteer hier ook producten die u bij de apotheker of elders haalt zonder voorschrift : pijnstillers, insuline, maagzuurremmers, slaapmiddelen, vitaminen, voedingssupplementen, siropen, oogdruppels,...

O Ik neem **geen** medicatie

Ik neem dagelijks :

VOLLEDIGE naam geneesmiddel + **sterkte** + vorm (tablet, druppels, siroop…) Tip : kijk op de verpakking + breng ook alle verpakkingen mee naar het ziekenhuis!	**Hoeveel** van het geneesmiddel neemt u in en **wanneer** op de dag ?				Opmerkingen: bv. Nuchter, om de 2 dagen, 1 x per week, indien nodig, …
	OCHTEND	MIDDAG	AVOND	VOOR SLAPEN	

Volgende medicatie neem ik niet dagelijks :

Ik ben allergisch aan :

O Bepaalde geneesmiddelen ? Welke ? …..

O Penicilline ? O Contraststoffen? O Latex? O Pleisters?

Beschrijf de reactie ……

BRENG DIT **FORMULIER + UW MEDICATIE** MEE NAAR HET ZIEKENHUIS **BIJ OPNAME !**

Medicatie lijst ingevuld door :

O Uzelf O Familie

O Huisarts O Rusthuis

O Apotheker O Thuisverpleging

Op datum van :

Naam contactpersoon:
Telefoon contactpersoon:

Naam huisarts:
Telefoon huisarts:

Naam apotheker:
Telefoon apotheker: