



PERSOONLIJKE MEDICATIELIJST

Datum: / /

Naam + voornaam:.....

.....

Geboortedatum:.....

VRAAG HULP AAN UW HUISARTS OF APOTHEKER 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, maagzuurremmers, slaapmiddelen, vitaminen, voedingssupplementen, siropen, oogdruppels...

Ik neem geen medicatie

Ik neem dagelijks:

VOLLEDIGE naam geneesmiddel + sterkte + vorm (tablet, druppels, siroop...)	Hoeveel van het geneesmiddel neemt u in + wanneer op de dag?				Opmerkingen: bv. nuchter, om de 2 dagen, 1x /week, 1x /maand, indien nodig, enz
	ochtend	middag	avond	Voor slapen	
<i>Bv. Lasix 40 mg tablet</i>	<i>1 (8u)</i>	<i>0,5 (12u)</i>			

Volgende medicatie neem ik niet dagelijks:

<i>Bv. Fosamax 70 mg tablet</i>	<i>1 (7u)</i>				<i>Nuchter, 1 x /week</i>

Ik ben **allergisch** aan:

Bepaalde geneesmiddelen? Welke? ...

Penicilline? Contraststoffen? Latex? Pleisters?

Beschrijf de reactie ...

Huisarts: ... **Tel:** ... **Apotheker:** ... **Tel:** ...

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

Stempel huisarts/apotheker na verificatie schema (naar best vermogen):

Datum: