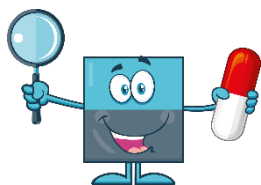


UW THUISMEDICATIELIJST



Het is belangrijk dat het zorgpersoneel exact weet welke medicatie u thuis actueel in neemt. Wij verzoeken u daarom om dit formulier volledig in te vullen en het mee te brengen tijdens elk bezoek naar het ziekenhuis.

PATIENTGEGEVENS

NAAM + VOORNAAM :

GEBORTE DATUM :

Medicamenteuze ALLERGIEEN? JA /NEE, indien JA: welke?

Medicamenteuze INTOLERANTIES ? JA /NEE, indien JA: welke?

Werd in **de voorbije maand** bepaalde medicatie **gestart of stopgezet** ? JA/NEE

Indien JA : Welke?

Formulier ingevuld op : / /

GENEESMIDDEL			MOMENT VAN INNAME + HOEVEELHEID				OPMERKINGEN
Naam geneesmiddel	Dosis	Vorm (capsule, comprimé, siroop, spray, puffer, aerosol, gel, crème, druppels, spuit, suppo, patch,...)	Ochtend	Middag	Avond	Voor het slapen	Bijvoorbeeld : 1 keer per week, 1 keer per maand + datum, Indien nodig (hoofdpijn, ...)
Ex : Dafalgan	500mg	Comprimé	1x				

VERGEET NIET OM TE VERMELDEN INDIEN U ONDERSTAANDE MEDICATIE OOK NEEMT :

- Vitamen, mineralen en andere voedingssupplementen
- Geneeskrachtige kruiden
- Homeopatische middelen
- Medicatie zonder voorschrift
- Bloedverdunners
- Slaapmiddelen
- Pijnmedicatie
- Antibiotica
- Insuline
- Cortisone
- Hormonale preparaten
- Medicatiepleisters
- Medicatie die u slechts 1x/maand, 1x/jaar of indien nodig neemt ?
- Druppels (ogen/oren)
- Spuiten
- Puffers