

Datum:

Geboortedatum:

Naam + telefoonnr. contactpersoon:

Huisarts:

Thuisapotheker:

GENEESMIDDEL			TIJDSTIP + AANTAL				OPMERKING
NAAM	DOSIS	VORM	OCHTEND	MIDDAG	AVOND	VOOR SLAPEN	(Vb. 1x/week, nuchter, zo nodig)
Naam geneesmiddel	dosis	vorm	aantal	aantal	aantal	aantal	opmerking

DENK HIERBIJ OOK AAN:

- bloedverduunners, slaapmedicatie, pijnstillers, hormonale preparaten (bvb. de pil, viagra, ...), geneesmiddelen tegen maagklachten, etc;
- voedingssupplementen, vitamines en kruiden;
- puffers, pleisters, oog-/oordruppels, neus-/keelspray, crèmes/zalven, siropen, spuiten, etc;
- medicatie die u niet dagelijks inneemt (bvb. 1x/week, 1x/maand, zo nodig).

ALLERGIE | BIJWERKINGEN DOOR GENEESMIDDELEN? Ja Nee

Indien ja:

Welk geneesmiddel?

Welke reactie of symptomen?