jessa ZIEKENHUIS

THUISMEDICATIE

NEEMT U **MEDICATIE?**

- Heeft u een **LIJSTJE BIJ**? Controleer of het lijstje **VOLLEDIG** is (naam geneesmiddel, dosis van het geneesmiddel, hoeveel keer per dag en wanneer ingenomen) en of uw naam erop staat.
  Denk ook aan geneesmiddelen die vaak vergeten worden, zie afvinkvakjes onderaan. Geef het lijstje samen met dit formulier af .
- Heeft u **GEEN LIJSTJE BIJ**, of is het **NIET VOLLEDIG**?
  Noteer dan de medicatie die u neemt in onderstaande tabel.
  Vul deze tabel zo volledig mogelijk in!

- Datum: ..... / ..... / 20.....
- Werd er in de voorbije 2 weken **MEDICATIE GESTART of STOPGEZET?**
  - ☐ ja ▸ Welke? .....
  - ☐ neen

Heeft u uw **GENEESMIDDELEN BIJ?** ☐ ja ☐ neen

Naam, adres en telefoonnummer van UW THUISAPOTHEKER:

.....

.....

.....

PATIENTGEGEVENS:

Naam + Voornaam: .....

.....

Geboortedatum: .....

Voorzien voor **klever met identificatiegegevens**
(deze krijgt u bij opname)

Geneesmiddel			Toedieningsmoment + aantal				Opmerkingen
Naam	dosis	toedienings-weg	ochtend	middag	avond	voor slapen gaan	1x / week, regelmatig, bij hoofdpijn, datum laatste toediening, ...

Heeft u er ook gedacht om ONDERSTAANDE MEDICATIE op te geven? (vink aan welke u thuis gebruikt)

- ☐ Bloedverdunners
- ☐ Slaappillen
- ☐ Pijnstillers
- ☐ Cortisone
- ☐ Hormonale preparaten
- ☐ Iets tegen maagklachten
- ☐ Oordruppels
- ☐ Oogdruppels
- ☐ Medicatiepleisters
- ☐ Puffers
- ☐ Spuiten
- ☐ Zalven
- ☐ Insuline
- ☐ Antibiotica
- ☐ Vitamines
- ☐ Voedingssupplementen
- ☐ Geneeskrachtige kruiden
- ☐ Homeopatische middelen
- ☐ Geneesmiddelen die u slechts 1x per week, maand, jaar of enkel indien nodig gebruikt: .....

237056

237056_Thuismedicatieform_zwart + pant. 384_20-05-2015.indd 1 27/05/15 18:04