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:** .....

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: .....