

# BIJLAGE THUISMEDICATIE

Vul dit formulier zo volledig mogelijk in.

Gebruik liefst hoofdletters. Vraag zo nodig hulp aan je huisarts/apotheker.

Klever patiëntenidentificatie

Medicatielijst van:

Voornaam:

Naam:  Geboortedatum: .. / .. / .....

» **Noteer alle medicatie, ook:**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> koelkastgeneesmiddelen                 | <input type="checkbox"/> medicatiepleisters | <input type="checkbox"/> zalven                  |
| <input type="checkbox"/> geneesmiddelen voor 'suiker'           | <input type="checkbox"/> oogdruppels        | <input type="checkbox"/> vitaminen               |
| <input type="checkbox"/> slaappillen                            | <input type="checkbox"/> de pil             | <input type="checkbox"/> voedingssupplementen    |
| <input type="checkbox"/> pijnstillers                           | <input type="checkbox"/> spuiten            | <input type="checkbox"/> homeopathische middelen |
| <input type="checkbox"/> bloedverduunners (o.a. Marevan schema) | <input type="checkbox"/> puffers            | <input type="checkbox"/> bereiding van apotheker |

» **Noteer ook medicatie die je niet dagelijks inneemt**, bv. 1x/week, 1x/maand, indien nodig.









(Noteer dit bij opmerkingen, en noteer de datum van de laatste toediening)

» **Noteer een eventuele stopdatum bij de opmerkingen** (bv. voor antibiotica)

» **Heb je al een correcte medicatielijst?** Breng die mee, dan moet je onderstaande lijst niet invullen.

» **Breng onderstaande medicatie, in de originele verpakking, mee naar het ziekenhuis.**

Steek ze in het medicatiezakje dat je kan vinden in dit informatiepakket.

GENEESMIDDEL (naam, toedieningsvorm)	DOSIS	Ochtend	Middag	Avond	Vóór het slapen	OPMERKINGEN (1x /week, indien nodig, datum laatste toediening ...)
   						
Dafalgan Bruistablet	1g	1	1	0	1/2	als voorbeeld

Medicatielijst werd in gevuld door:

**Patiënt zelf**  **Familie** (voornaam):  (naam):

**Huisarts** (naam):  tel.: +32     datum: .. / .. / .....

**Apotheker** (naam):  tel.: +32     datum: .. / .. / .....