OVERZICHT THUISMEDICATIE

Naam patiënt:
Geboortedatum patiënt (dd/mm/jjjj):
Gekende allergieën aan / reacties op medicatie:

az alma
zorg met een hart

Noteer in onderstaande tabel de medicatie en voedingssupplementen die u thuis inneemt.
Vergeet uw puffer, oogdruppels, pleisters, zalven, inspuitingen, vitaminen, homeopathie… niet te vermelden!
Denk ook aan geneesmiddelen die u slechts 1x/week, 1x/maand, … inneemt

	Geneesmiddel	Dosis	Vorm	Aantal per inname/toediening	Aantal keer	Tijdstip	Opmerkingen
Voorbeeld	*Asaflow*	*80 mg*	*tablet*	*1*	*1 x / dag*	*8u*	*Voorbeeld*
Voorbeeld	*Prolia*	*60 mg*	*spuit*	*1*	*1 x / 6 maand*	*12u*	*Voorbeeld*

Versie 01-03-2020

Gelieve zoveel exemplaren als nodig af te printen