



AZ SINT-ELISABETH ZOTTEGEM

# MEDICATIESCHEMA

NAAM EN VOORNAAM:.....

GEBOORTEDATUM: ...../...../.....

NAAM CONTACTPERSOON:.....

TELEFOONNUMMER:.....

HUISARTS:.....

THUISAPOTHEKER:.....

DATUM: ...../...../..... INGEVULD DOOR: .....

Geneesmiddel			Wanneer neemt u dit geneesmiddel + aantal?				Opmerkingen? (vb. 1x/ week, nuchter, bij pijn,...)
Naam	Dosis	Vorm	ochtend	middag	avond	voor slapen	
<b>Voorbeeld</b> DAFALGAN	1g	bruistabl	1	-	-	-	ENKEL ALS VOORBEELD

**ALLERGIE / BIJWERKINGEN DOOR BEPAALDE GENEESMIDDELEN**      NEEN    JA

INDIEN JA:

WELK GENEESMIDDEL?.....

WELKE REACTIE?.....