AZ Sint-Elisabeth

NAAM EN VOORNAAM: .....
GEBOORTEDATUM: ...../...../.....

NAAM CONTACTPERSOON: .....
TELEFOONNUMMER: .....
HUISARTS: .....
HUISAPOTHEKER: .....

MEDICATIESCHEMA

MEDICATIESCHEMA INGEVULD DOOR ..... OP ...../...../..... (DATUM)

NAAM GENEESMIDDEL (volledig!) + STERKTE (vb. 1 mg, 5 mg/ml,…) + VORM (vb. tablet, siroop,…) Zie verpakking	WANNEER neemt u dit geneesmiddel + AANTAL?				OPMERKINGEN: vb. nuchter, om de 2 dagen, indien nodig, 1x/maand,…
	ochtend	middag	avond	voor slapen	
Voorbeeld 1. Loramet 1 mg tablet	-	-	-	0,5	
Voorbeeld 2 Alendronate EG 70 mg tablet	1	-	-	-	Nuchter, enkel op woensdag

ALLERGIE / BIJWERKIN GEN DOOR BEPAALDE GENEESMIDDELEN ☐ JA ☐ NEE

INDIEN JA:

WELK GENEESMIDDEL? .....

WELKE REACTIE? .....