

Naam & voornaam:

Geboortedatum:

Datum:

Uw huisarts (naam en telefoonnummer):

Uw apotheker (naam en telefoonnummer):

Geneesmiddel (naam + dosis)	Ochtend	Middag	Avond	Voor slapen	Opmerkingen (bv. enkel op maandag, alleen bij pijn)
Voorbeeld: Paracetamol 1 g	1	1	1		VOORBEELD

DENK OOK AAN

- ✓ Bloedverdunners
- ✓ Pijnstillers
- ✓ Geneesmiddelen bij maagklachten of stoelgangproblemen
- ✓ Slaapmedicatie
- ✓ Hormonale preparaten
- ✓ Antibiotica
- ✓ Oog-, oor- of neusdruppels
- ✓ Puffers
- ✓ Spuitjes
- ✓ Pleisters
- ✓ Zalven of crèmes
- ✓ Geneesmiddelen die u 1x per week, per maand, per jaar of enkel zo nodig neemt
- ✓ Geneesmiddelen die u in de koelkast bewaart
- ✓ Vitamines, voedingssupplementen, homeopathie, op basis van planten, ...

ALLERGIE/BIJWERKINGEN? Welk geneesmiddel?
Welke reactie?