



Mevrouw, mijnheer,

Bij een ziekenhuisopname is het noodzakelijk dat onze zorgverleners beschikken over een actueel overzicht van alle geneesmiddelen en voedingssupplementen die je thuis op regelmatige basis inneemt .

Op deze manier bestaat er geen twijfel omtrent de juiste benaming, dosis en vorm van jouw geneesmiddelen en kunnen wij jouw behandeling foutloos verder zetten.

GEBRUIK HIERVOOR DIT DOCUMENT VOLGENS VOLGENDE RICHTLIJNEN:

1. Vul zo volledig en zo duidelijk mogelijk het schema in op de achterzijde. Laat je hierbij eventueel bijstaan door jouw huisarts, apotheker, thuisverpleegkundige, familielid, ...
2. Neem de geneesmiddelen en voedingssupplementen die je momenteel inneemt mee in de originele verpakking als je naar het ziekenhuis gaat voor een geplande/waarschijnlijke opname.

Vergeet ook niet de volgende geneesmiddelen toe te voegen:

- Geneesmiddelen die je zonder voorschrift hebt aangeschaft en momenteel gebruikt.
- Geneesmiddelen die je slechts één keer per week, één keer per maand of indien nodig inneemt.
- Oogdruppels, slaapmedicatie, pijnstillers, plantaardige medicatie, zalven, pleisters, hormonale preparaten, puffers, spuitjes, ...
- Opgelet: Voeg geneesmiddelen die je bewaart in de frigo pas toe aan de zak op het moment dat je naar het ziekenhuis vertrekt.

Breng dit document en jouw medicatie mee bij opname en overhandig het aan de verpleegkundige die het opnamegesprek met jou voert.

De behandelende arts in het ziekenhuis beslist verder over jouw medicatiebehandeling tijdens jouw ziekenhuisverblijf.

GEGEVENS PATIËNT	
Naam en voornaam patiënt:	
Geboortedatum patiënt:	
Huisarts + telefoonnummer:	
Eigen apotheek + telefoonnummer:	



THUISMEDICATIE								
Medicatie + dosis (sterkte)	Vorm*	Aantal/ dag	Tijdstip(pen) van inname					Opmerkingen
			Nuchter (aantal)	Ontbijt (aantal)	Middagmaal (aantal)	Avondmaal (aantal)	Voor slapen (aantal)	
Vb. Pantomed 20 mg								Zo nodig: - stopdatum - speciale inname - indicatie
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
8.								
9.								
10.								
11.								
12.								

* Pil (P), Capsule (C), Bruistablet (B), Siroop (S), Inspuiting (I), Aerosol (A), Zalf (Z), Oogdruppels (OD)

Andere medicatie die u neemt:	Antibiotica gebruik minder dan 2 weken
<input type="checkbox"/> 1 x per week:	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE
<input type="checkbox"/> 1 x per maand:	Zo JA, welke antibioticum?
<input type="checkbox"/> 1 x per jaar:	
Chemotherapie minder dan één jaar geleden	
<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	
GEKENDE ALLERGIE?	
<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE Zo JA, dewelke?	
DIT DOCUMENT WERD INGEVULD DOOR	
<input type="checkbox"/> Patiënt	<input type="checkbox"/> Huisarts / verwijzende arts
<input type="checkbox"/> Familie / mantelzorg	<input type="checkbox"/> Thuisverpleegkundige
<input type="checkbox"/> RVT	<input type="checkbox"/> Apotheker