MEDICATIESCHEMA

D1389

MEDICATIELIJST INGEVULD DOOR: ☐UZELF ☐FAMILIE/VERTEGENWOORDIGER ☐HUISARTS ☐APOTHEKER ☐WOONZORGCENTRUM ☐THUISVERPLEGING ☐ANDERE:

OP DATUM VAN: ……./……./…….

Geneesmiddelen		**Ochtend**	**Middag**	**Avond**	**Slaap**	**Toedienings weg (*)**	**Voorschrijver?**	**Opmerking**
Naam	**Dosis**	**8 u**	**12 u**	**18 u**	**22 u**			
vb. L-Thyroxine	*25 mcg*	*1 tablet*				*oraal*	*Dr. X*	*Een halfuur voor het ontbijt*
vb. Augmentin	*875 mg/125 mg*	*1 tablet*	*1 tablet*	*1 tablet*		*oraal*	*Dr. Y*	*Stop 10/06*
Andere geneesmiddelen die u niet dagelijks inneemt								
vb. Fosamax	*70 mg*	*1 tablet*						*Elke donderdag om 7 u*

(*) oraal (‘inslikken’), injectie, inhalatie, onder de tong, crème/zalf, oog, oor, …

Denk ook aan:

- Bloedverdunners, slaappillen, pijnstillers, cortisone, hormonale preparaten, insuline, antibiotica, voedingssupplementen, medicatie tegen maagklachten, homeopathische middelen, geneeskrachtige kruiden, vitamines, …
- Oog- en oordruppels, medicatiepleisters, puffers, spuiten, zalven en crèmes, ….
- Medicatie die u slechts 1x/week, 1x/jaar of enkel indien nodig gebruikt
- Recent stopgezette medicatie (< 2 weken)