

Naam: _____

Datum: / /

Zijn er geneesmiddelen die u niet verdraagt? (*Allergieën / intoleranties / bijwerkingen*)

Zo ja, welke?

Vul hier de gegevens in van uw huisarts én apotheker:

Huisarts:

Apotheker:

Neemt u momenteel volgende geneesmiddelen?

(Vergeet deze niet te vermelden op de volgende pagina in de medicatiefiche)

- Pijnstillers?
- Slaapmiddelen?
- Anticonceptie (de pil)?
- Geneesmiddelen zo nodig?
- Geneesmiddelen voor diabetes?
- Oog-, oor- of neusdruppels?
- Zalven, crèmes, gels?
- Geneesmiddelen (inspuiting): 1x/week; 1x/maand; 1x/jaar (Zypadhera®, Clexane®,...)
- Geneesmiddelen bij maagklachten/constipatie/diarree?
- Vitamines/voedingssupplementen/kruiden/homeopathie?
- Pleisters? (nicotine, pijnstillers,...)
- Antibiotica?
- Geneesmiddelen tegen cholesterol?
- Puffers? Hoestsiropen?
- Bereidingen die apotheker maakt?
- Bloedverdunners? (schema?)
- Geneesmiddelen met schema (vb Sintrom®, Marevan®,...)

