

Logo ziekenhuis optioneel

Achterkant medicatiezak

Naam patiënt:	Naam contactpersoon: Telefoon contactpersoon:
Voornaam patiënt:	Naam huisarts: Telefoon huisarts:
Geboortedatum: / / <u>OF PATIENTENSTICKER</u>	Naam apotheker: Telefoon apotheker:

Belangrijke info:

- A) Bent u allergisch voor bepaalde producten / geneesmiddelen?**

B) Heeft u last van bijwerkingen van geneesmiddelen?

- ☐ Ja Welke + bijwerking?.....
- ☐ Nee

Denk ook aan: bloedverdunners, slaappillen, pijnstillers, cortisone, hormonale preparaten, iets tegen maagklachten, oordruppels, oogdruppels, medicatiepleisters, puffers, spuiten, zalven, insuline, antibiotica, vitamines, voedingssupplementen, geneeskrachtige kruiden, homeopathische middelen, geneesmiddelen die u slechts 1x / week, 1x / maand, 1x / jaar of enkel indien nodig gebruikt!

[illegible]