

Flatnummer: …………….

Datum: …………………………..

Bewoner: ……………………………………………………………….

Mijn apotheker: …………………………….

Tel: …………………….

Mijn arts: …………………….

Tel: …………………….

|  |
| --- |
| **Dagelijks in te nemen medicatie** |
| Geneesmiddelen  | Ontbijt | Tussen | Middagmaal | Tussen | Avondmaal | Slapen | Opmerkingen |
| Voor | Tijdens | Na | Voor | Tijdens | Na | Voor | Tijdens | Na |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Medicatie met andere regelmaat in te nemen (wekelijks, maandelijks, …) of voor extern gebruik** |
| Geneesmiddelen  | Posologie | Opmerkingen |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Tijdelijke medicatie** |
| Geneesmiddelen  | Begin | Einde | Ontbijt | Tussen | Middagmaal | Tussen | Avondmaal | Slapen | Opmerkingen |
| Voor | Tijdens | Na | Voor | Tijdens | Na | Voor | Tijdens | Na |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |