

GRAAG UW ANTWOORD OP ONDERSTAANDE VRAGEN.

1. Zorgt u zelf voor uw medicatie? Ja Neen

Indien neen, wie zorgt voor uw medicatie?

2. Hebt u een allergie? Ja Neen

3. Neemt u bloedverdunners? Ja Neen

Indien u vroeger bloedverdunners nam: wanneer bent ermee u gestopt?

Hebt u een vervangend product (bv. inspuiting) gekregen ? Ja Neen

Indien ja, wanneer?

4. Hebt u soms last van kortademigheid? Ja Neen

5. Gebruikt u puffers? Ja Neen

6. Neemt u soms pijnstillers? Ja Neen

Indien ja, welke?

(naam) Hoeveel? Hoe vaak?

(naam) Hoeveel? Hoe vaak?

(naam) Hoeveel? Hoe vaak?

7. Gebruikt u medicatiepleisters? Ja Neen

8. Hebt u onlangs (minder dan 2 weken geleden) antibiotica genomen? Ja Neen

Indien ja, welke?

9. Gebruikt u slaapmiddelen? Ja Neen

10. Krijgt u of zet u zelf spuitjes? (bv. insuline, Clexane, Fraxiparine, ...) Ja Neen

11. Neemt u hormonale preparaten? Ja Neen

12. Zijn er medicamenten die u 1 x per week / maand/ ... moet nemen? Ja Neen

Indien ja, welke?

(Naam) Hoeveel? Hoe vaak?

(Naam) Hoeveel? Hoe vaak?

(Naam) Hoeveel? Hoe vaak?

13. Bent u recent gestopt met het nemen van bepaalde medicatie? Ja Neen

Indien ja, welke?

(Naam) Wanneer bent u ermee gestopt?

(Naam) Wanneer bent u ermee gestopt?

14. Gebruikt u oogdruppels? Ja Neen

15. Gebruikt u zalven? Ja Neen

Indien ja, welke?

INGEVULD DOOR: DATUM:

HANDTEKENING: