Medicatiefiche

Gelieve deze INGEVULD mee te brengen!
Graag alles noteren, zelfs oogdruppels en zalven!

Voor- en achternaam: ……………………………………………………………………

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Naam medicatie en dosis** (= HOEVEELHEID, AANTAL MG OF AANTAL DRUPPELS) | **Frequentie**(= aantal keer per dag) | Nuchter | Ontbijt | Middag | Avond | Voor slapen gaan |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Gsm-nummer en naam verantwoordelijke/ouder: ……………………………………………………………………………………………………………………………………