

Invulformulier Medicatiebeoordeling

Naam patiënt: Datum gebruiksanalyse:

Geboortedatum: Datum behandelgesprek:

Naam huisarts: overzicht medicatie dossier en herhaalrecepten

Naam apotheek: overzicht opvragen apotheek

Zo nodig:

Naam contactpersoon:

Telefoon contactpersoon:

<p>Algemene problemen die het juist innemen van medicatie kunnen bemoeilijken</p> <p><input type="checkbox"/> cognitieve stoornissen</p> <p><input type="checkbox"/> visus</p> <p><input type="checkbox"/> gehoor</p> <p><input type="checkbox"/> anders, nl</p>	<p>Hulp bij medicatiegebruik</p> <p>Mantelzorg aanwezig? (voor omgaan met medicatie) ja / nee</p> <p>Doseerhulp aanwezig? nee/ weekdoosjes / baxter</p>
<p>Relevante gegevens uit HIS</p> <p>Lab: K, Na, eGFR, Kreat, Hb, gluc, chol- waarden</p> <p>Chronische aandoeningen:</p> <p>Allergieën: Intolerantie: Ernstige bijwerkingen:</p>	<p>Andere gegevens</p> <p>Gewicht: Lengte: BMI:</p> <p>Roken: ja/nee Alcohol: ja/nee Drugs: ja/nee</p> <p>Vitaminepreparaten: Grapefruitsap, cranberry sap, sinaasappelsap:</p>



Medicatie (ook OTC) (sterkte, voorschrift)	Daadwerkelijk gebruik (sterkte/ frequentie)	Indicatie	Indicatie bekend bij patiënt?	Problemen (bijwerkingen, therapietrouw, innemen)	Actie na overleg huisarts (andere dosering, stoppen, uitleg, etc.)	Voorschrijver Huisarts/ specialist	Datum van wijziging
			ja / nee				
			ja / nee				
			ja / nee				
			ja / nee				
			ja / nee				
			ja / nee				
			ja / nee				
			ja / nee				
			ja / nee				
			ja / nee				
			ja / nee				
			ja / nee				



Vragen/problemen/wensen van de patiënt	Antwoord van behandelaar

