51348-thuismedicatie-2luik-210x297.indd 4

PATIËNT Naam: ..... Tel: ..... **HUISARTS** Naam: ..... Tel: .....

Naam medicatie (merknaam, dosis)	**Hoeveel neem ik in?**	Wanneer ben ik gestart met deze medicatie?	Wanneer stop ik met deze medicatie?	Waarom neem ik deze medicatie?	Wie gaf mij het advies deze medicatie te nemen of schreef deze medicatie voor?
🕗 's Morgens neem ik:					
🕗 's Middags neem ik:					
🕗 's Avonds neem ik:					
🕗 Voor het slapengaan neem ik:					
Andere geneesmiddelen die ik niet dagelijks neem:					
Andere homeopathische/voedingssupplementen die ik neem:					

az sint-jan
brugge - oostende av

Ruddershove 10
8000 Brugge
info@azsintjan.be
www.azsintjan.be

Tel: 050 45 21 11
Fax: 050 45 22 38
www.azsintjan.be

09-09-2010 15:07:44