



Uw naam: _____
 Uw voornaam: _____
 Geboortedatum: _____

ALLERGIE:

Gezien door: Apr.
 Arts
 Vpk

Naam contactpersoon: _____ ☎: _____

Huisarts: _____ ☎: _____ Huisapotheker: _____ ☎: _____

- Bent u allergisch of overgevoelig aan bepaalde medicatie/producten? **NEE/JA**

Zo ja, aan wat? _____ Welke reacties vertoonde u toen? _____

- Hebt u last van bijwerkingen door medicatie? **NEE/JA**

Zo ja, welke bijwerking(en)? _____ Welke medicatie? _____

Geneesmiddel			Toedieningsuur + aantal				Opmerkingen	Laatste inname	In de zak?
Naam	Dosis	Vorm	8u	12u	18u	22u			
<i>Bv. Aspirine</i>	<i>100 mg</i>	<i>tablet</i>	<i>1</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>15/07</i>	<i>ja</i>	

- Neemt u ook** puffers – voedingssupplementen – kruiden - vitamines – oog-/oordruppels – bloedverduunners – slaappillen – pleisters – hormonale preparaten – homeopathie – pijnstillers – insuline (pen) – spuitjes – iets tegen maagklachten – zalven/crèmes – cortisone?