PCM Psychiatrisch Centrum Menen

THUISMEDICATIESCHEMA

UW NAAM: **UW VOORNAAM:** **GEBOORTEDATUM:** **HUISARTS:**	**INGEVULD DOOR:** **DATUM:**

ALLERGIE:

GEKENDE BIJWERKINGEN:

Geneesmiddel		Toedieningsuur + aantal				Opmerkingen	Laatste inname
Naam	**Dosis**	**8u**	**12u**	**18u**	**21u**		
Bv. Omeprazol	***20 mg***	***1***					***30/01***

Neemt u ook *puffers – voedingssupplementen – kruiden – vitamines- oog-/oordruppels – bloedverdunners – slaappillen – pleisters- hormonale preparaten – homeopathie – pijnstillers – insuline – zalven/ crèmes –iets tegen maagklachten …?*