****

 **Patiënten checklist anamnese medicatiebeoordeling**

|  |
| --- |
| Naam: |
| Geboortedatum: | Telefoonnummer: |
| Evt. gegevens contactpersoon: |
| Gesproken met: |
| Datum van gesprek: |

**Algemene vragen**

|  |
| --- |
| Bent u allergisch of overgevoelig voor een medicijn?Welke klachten?Wat is uw gewicht?Gedocumenteerd in AIS en HIS? |

**Vragen medicatie**

1. Medicatiegebruik, waarvoor gebruikt u welke medicatie ?
2. Heeft u medicijnen die u vervelend vindt om te gebruiken of liever niet meer zou gebruiken?
3. Heeft u medicijnen waar u niet zonder zou willen?
4. Gebruikt u medicijnen die vrij verkrijgbaar zijn bij bijv. drogist, supermarkt of kruidenwinkel? Zo ja, welke?
5. Gebruikt u wel eens medicijnen van een familielid of bekende? Zo ja, welke?
6. Heeft u medicijnen die u alleen gebruikt als u bepaalde klachten heeft? Zo ja, welke?
7. Ervaart u problemen met het innemen van de medicijnen? Zo ja, welke?
8. Gebruikt u de medicatie zoals aangegeven op het etiket?
9. Heeft u moeite met het openen van de verpakkingen?
10. Vergeet u wel eens een medicijn? Schaal van 1 tot 10

**Z.O.Z.**
11. Ervaart u bijwerkingen van uw medicijnen?
12. Heeft u zelf nog vragen over uw medicijnen?
13. Ervaart u klachten?
Pijn?
Vallen?
Moeheid?
Obstipatie?
Benauwdheid?
Problemen met uw zicht, zien?
Droge mond?

**Afspraken / actie n.a.v. het gesprek**

|  |
| --- |
| * Herhaalservice/Baxter
 |

**Toestemming**

|  |
| --- |
| Wij vragen u, in het kader van deze medicatiebeoordeling, toestemming om in overleg te treden met uw voorschrijver(s) en ook voor het opvragen van relevante gegevens uit uw medische dossier (laboratoriumgegevens en nagaan van indicaties in het bijzonder). Wilt u deze toestemming verlenen?**Ja / Nee** Datum: **Tip**: leg de toestemming vast in het AIS / HIS. |