POLIKLINISCHE-APOTHEEK	**Formulier 2011.1 Intake formulier** **Hoort bij procedure Recept afhandeling**

Persoonsgegevens of patiëntensticker			
Naam +Voorletters		M/V	Gewicht: kg
Adres (volledig)			
Telefoonnummer (of mobiel)			
Geboortedatum			
E-mail adres			
BSN			
Eigen huisarts			
Eigen apotheek			

Elektronisch uitwisselen van gegevens:
□ **JA,** ik geef toestemming aan de Poliklinische Apotheek AMC en de eigen apotheek om mijn medicatiegegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners

□ **NEE,** ik geef geen toestemming voor het elektronisch uitwisselen van mijn medicatiegegevens en neem zelf de verantwoordelijkheid om zorgverleners die mij behandelen te informeren over mijn actuele medicijngebruik

Bent u in het bezit van een recent Actueel Medicatie Overzicht?
Neem deze mee, dan hoeft u onderstaande vraag niet verder in te vullen.

Geneesmiddelen (op recept en zonder recept)			
Naam geneesmiddel en vorm	Sterkte	Gebruik	Tijdstip van inname
b.v. Paracetamol	500mg	3 x daags 1 tablet	8 uur, 15 uur, 22 uur

Wordt uw medicatie voor u uitgezet?	NEE / JA, via BAXTER / WEEKDOSEERDOOS

Heeft u een **kinderwens**? (Deze vraag geldt ook voor **mannen**) NVT/ JA / NEE

Vrouwen in de vruchtbare leeftijd:

Bent u zwanger?	NVT/JA / NEE Verwachte bevallingsdatum:
Geeft u borstvoeding?	NVT/JA / NEE

Overgevoeligheid/Allergie		**Naam (genees)middel**
Antibiotica bv. Penicillines, Nitrofurantoine, tetracycline	JA/NEE	
Pijnstillers bv. Aspirine, diclofenac	JA/NEE	
Huidmiddelen	JA/NEE	
Andere middelen	JA/NEE	

MEDISCHE GEGEVENS

Graag in te vullen om de medicatiebewaking op uw geneesmiddelgebruik uit te kunnen voeren.

Ziektebeelden	
Angina pectoris (hartkramp)	JA / NEE
Astma/COPD (benauwdheidsklachten)	JA / NEE
Coeliakie (glutenovergevoeligheid)	JA / NEE
Colitis ulcerosa/ Crohn	JA / NEE
Decompensatio Cordis (hartzwakte)	JA / NEE
Diabetes Mellitus (suikerziekte)	JA / NEE
Depressie (Stemmingsstoornis)	JA / NEE
Epilepsie (vallende ziekte)	JA / NEE
Glaucoom (drukverhoging in het oog)	JA / NEE
Hypertensie (hoge bloeddruk)	JA / NEE
Jicht	JA / NEE
Leveraandoening	JA / NEE
Nieraandoening	JA / NEE
Prostaatklachten	JA / NEE
Psoriasis	JA / NEE
Schildklieraandoening	JA / NEE
In het verleden Ulcus Pepticum (maagzweer) doorgemaakt	JA / NEE
Ziekte van Parkinson	JA / NEE
Diversen of anders…..	

Overige opmerkingen en vragen:

_____

_____

Handtekening: Datum: