

Naam:

.....

Geboortedatum:

Ingevuld op: / /

MEDICATIEFICHE

Ledengroep:

NAAM VAN HET GENEESMIDDEL	Dosis (bv. aantal milligram)	Toediening (via mond, zetpil, inspuiting, zalf, aërosol, puffer ...)	Aantal					Noteer hier - Dagelijks, wekelijks, maandelijks, zo nodig - Eventueel stopdatum - Opmerkingen
			Nuchter	Ontbijt	Middag	Avond	Voor slapen	
Voorbeeld: Dafalgan forte	1g	Mond	0	1	1	0	1	Zo nodig

Allergieën of voedselintoleranties? Zo ja, mag je ze kort hier meedelen.