

Vragenlijst medicatiebeoordeling

Wilt u vóór deze afspraak de vragen hieronder zo goed mogelijk beantwoorden?
Tijdens het gesprek nemen we dit met u door. Alvast bedankt!

Contactgegevens

Naam O Man O Vrouw

Geboortedatum Gewicht: kg Lengte: m

Datum

Toestemming opvragen medische gegevens

- ☐ Ik geef **WEL** toestemming aan de apotheek om medische gegevens op te vragen bij de huisarts en om samen met de huisarts een medicatiebeoordeling uit te voeren.

Naam

Handtekening

Vragen

1. Heeft u punten die u graag wilt bespreken met de apotheker? Zo ja, noteer deze hieronder met een toelichting.

.....

.....

.....

2. Bent u onder behandeling van een specialist?

- ☐ Ja, bij de volgende specialist(en):
- ☐ Nee

3. Gebruikt u medicatie die niet aan u is voorgeschreven door de (huis)arts? Denkt u hierbij ook aan homeopathische middelen, kruidenpreparaten, (multi)vitamines of medicatie van iemand anders.

- ☐ Ja, namelijk
- ☐ Nee

4. Heeft u bepaalde allergieën of overgevoeligheden?

- ☐ Ja, namelijk
- ☐ Nee

5. Heeft u moeite met slikken/druppelen/sprayen/inhaleren/smeren en/of het openen van verpakkingen?

- ☐ Ja, namelijk
- ☐ Nee

6. Vergeet u wel eens een medicijn in te nemen? Zo ja, welke?

- ☐ Ja, namelijk
- ☐ Nee

7. Hoeveel keer per week bent u in beweging en hoe lang? Welke activiteiten of sport doet u? Doet u dit binnen of buiten?

.....

.....

.....

8. Bent u de afgelopen 12 maanden gevallen?

- ☐ Ja, kunt u aangeven hoe vaak?keer
- ☐ Nee

9. Bent u de afgelopen 12 maanden opgenomen geweest in het ziekenhuis?

- ☐ Ja, voor een geplande opname, namelijk:
- ☐ Ja, voor een ongeplande opname, namelijk:
- ☐ Nee

10. Heeft u last van pijn? Welke score geeft u uw pijn op een schaal van 0 - 10?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Geen pijn			Weinig pijn	Matige pijn			Hevige pijn			Zeer hevige pijn

11. Heeft u last van onderstaande klachten?

Heeft u last van onderstaande klachten?	Niet	Heel weinig	Weinig	Veel	Heel veel
Duizeligheid / licht gevoel in het hoofd					
Sufheid / vermoeidheid					
Slaapproblemen					
Benauwdheid / Kortademigheid					
Vasthouden van vocht (bijvoorbeeld vocht in enkels)					
Droge huid / Jeuk					
Probleem met ontlasting (verstopping of diarree)					
Probleem met plassen					
Droge mond					
Somberheid / neerslachtig					
Andere klacht(en):					

12. Veel patiënten ervaren bijwerkingen van medicijnen. Heeft u last van bijwerkingen?

- ☐ Ja, te noemen:
- ☐ Soms, te noemen:
- ☐ Nee

13. Heeft u een eerstegraads familielid verloren aan hart- of vaatziekte die op het moment van overlijden jonger was dan 60 jaar?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

14. Consumptie

		Zo ja, hoeveel gemiddeld
Drinkt u water/fris	☐ Ja ☐ Nee	 glazen / dag
Drinkt u koffie/thee	☐ Ja ☐ Nee	 kopjes / dag
Drinkt u alcohol	☐ Ja ☐ Nee	 glazen per dag / week*
Gebruikt u zuivelproducten (melk, yoghurt, vla, kaas)	☐ Ja ☐ Nee	 zuivelconsumpties per dag
Rookt u	☐ Ja ☐ Nee ☐ Gestopt per:	 per dag/week*

* Doorhalen wat niet van toepassing is

15. Heeft u nog eventuele aanvullende opmerkingen, voorkeuren of andere problemen met uw medicijnen of gezondheid?

.....

.....

.....

.....

Hartelijk bedankt voor het invullen!