Uw apotheker:

Datum van het gesprek: . . / . . / . . . .

Samenvatting GGG Astma - Inhalatiecorticosteroïden - 1ste gesprek

Naam en contactgegevens patiënt: . . . . . .

Naam en contactgegevens arts: . . . . . .

Naam van het geneesmiddel en posologie: . . . . . .

Andere geneesmiddelen gebruikt voor astma en noodmedicatie in geval van astma-aanval:

. . . . . .

Je apotheker heeft je geïnformeerd over:

1. Doel en werking geneesmiddel, plaats in behandeling
2. Toedieningswijze en belang van het goed gebruik
3. Belang van therapietrouw en mogelijke alarmsymptomen
4. Mogelijke bijwerkingen

Je raadpleegt best je arts omwille van: . . . . . .

. . . . . .

Je apotheker heeft je een informatiefolder over je aandoening en je geneesmiddel aangeboden.

Ik geef toestemming aan bovenstaande apotheker voor het opstarten van een individuele begeleiding (= voortgezette farmaceutische zorg) en het bijhouden van een dossier voortgezette farmaceutische zorg.

Datum 2de gesprek: . . / . . / . . . . om . . . . . .

Handtekening van de patiënt

. . . . . .

Handtekening van de apotheker

. . . . . .

5520-382