

V R A G E N L I J S T

M E D I C I J N G E B R U I K

NAAM:

PATIËNTNUMMER:

DATUM:

bij onderstaande vragen een kruisje in het vakje dat het meest lijkt op uw situatie.

1. HOE IS OVER HET ALGEMEEN UW GEZONDHEID?

zeer goed	goed	gaat wel	slecht	zeer slecht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. WAT BETEKENEN UW MEDICIJNEN VOOR U?

Wilt u aangeven in hoeverre u het eens of oneens bent met deze uitspraken (gebaseerd op **alle medicijnen** die u de laatste 3 maanden dagelijks of wekelijks gebruikt).

	helemaal niet mee eens	niet mee eens	geen duidelijke mening	mee eens	helemaal mee eens
2a. Op het moment hangt mijn gezondheid af van mijn medicijnen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2b. Soms maak ik me zorgen over de effecten die mijn medicijnen op de lange termijn kunnen hebben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2c. Ik ben onvoldoende op de hoogte van wat mijn medicijnen doen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2d. Mijn toekomstige gezondheid hangt af van mijn medicijnen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2e. Mijn medicijnen ontwrichten mijn leven.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. HOE BEOORDEELT U UW EIGEN MEDICIJNGEBRUIK?

gebaseerd op alle medicijnen die u de laatste 3 maanden dagelijks of wekelijks gebruikt)

	helemaal niet mee eens	niet mee eens	geen duidelijke mening	mee eens
3a. Ik weet hoe ik mijn medicijnen volgens voorschrift in moet nemen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3b. Ik kan mijn medicijnen volgens voorschrift innemen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. HOE GEBRUIKT U UW EIGEN MEDICIJNEN?

Mensen gebruiken hun medicijnen soms op hun eigen manier. Deze kan afwijken van de instructies op het etiket of van wat de arts heeft gezegd. Wilt u per uitspraak aangeven hoe vaak deze voor u geldt (gebaseerd op **alle medicijnen** die u **de laatste 3 maanden** dagelijks of wekelijks gebruikt)?

	altijd	vaak	soms	zelden	nooit
4a. Ik vergeet mijn medicijnen te gebruiken..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4b. Ik wijzig de dosering van mijn medicijnen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4c. Ik stop een tijdje met het gebruiken van mijn medicijnen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4d. Ik besluit een dosering over te slaan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4e. Ik neem minder dan is voorgeschreven.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. LAST VAN ONDERSTAANDE KLACHTEN

In welke mate hebt u in de afgelopen maand last gehad van een van onderstaande klachten? Wilt u dan ook invullen of u denkt dat dit een bijwerking was van een van uw medicijnen.

klacht	Ik had afgelopen maand last van deze klacht:		Deze klacht was mogelijk een bijwerking van een van mijn medicijnen.		
	ja	nee	ja	nee	weet niet
meer of minder eetlust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
droge mond/ dorst, mondirritatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
misselijkheid/ braken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
maagpijn of maagirritatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
buikpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
diarree	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
verstopping	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
winderigheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oogirritatie of slechter zien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hartkloppingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
beven/ bibberen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
spierpijn of gewrichtspijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
spierzwakte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hoofdpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
duizeligheid, draaierigheid, flauwvallen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
moeheid, zwak gevoel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
slaperigheid/ sufheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
stemmingsverandering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
seksuele problemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
blauwe plekken/ bloedingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
huidklachten, jeuk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zweeten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
anders:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. WAAROVER WILT U MET UW APOTHEKER SPREKEN?

De antwoorden op deze vragenlijst helpen uw apotheker bij het bespreken van uw medicijngebruik. Mogelijk hebben de vragen u op een idee gebracht, of zijn er andere punten die u graag zou willen bespreken.

Wat zou u graag met uw apotheker willen bespreken?.

.....

.....

.....

.....

.....

.....