

# THERAPIETROUW-SCREENER

## Gegevens patiënt

*Vul hieronder de gegevens in van de patiënt waarbij je de screener afneemt.*

NAAM \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Rijksregisternummer: \_\_\_\_\_

Datum inclusie: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

## Ingevuld door

NAAM \_\_\_\_\_

FUNCTIE \_\_\_\_\_

TEL. \_\_\_\_\_

MAIL \_\_\_\_\_

Gelieve dit ingevuld formulier samen met de  
therapietrouw-screener  
EN  
het meest recente medicatieschema  
te bezorgen aan  
de huisarts EN de apotheker van de patiënt.

HUISARTS: \_\_\_\_\_

APOTHEEK: \_\_\_\_\_



GEÏNTEGREERDE  
ZORG WAASLAND

samenwerkingsverband  
geïntegreerde zorg