

## Checklist medicatieveiligheid

<b>Medicatiecheck gedaan door (naam):</b>			
<b>Betreft dossier (naam cliënt):</b>		<b>Geboorte datum:</b>	
	<b>Ja</b>	<b>Nee</b>	<b>Mogelijke aanpak verbeterpunten</b>
<b>Zijn alle cliëntgegevens ingevuld?</b>			
naam			
adres			
geboortedatum			
geslacht			
Burger Service Nummer			
gegevens zorgverzekeraar			
gegevens huisarts			
gegevens apotheek			
gegevens specialist(en)			

<b>Zijn de gegevens betreffende de medicatie in het zorgdossier volledig?</b>			
Is er hulp nodig bij medicatie?			Aanreiken Toedienen Volledig beheer (zo ja, kruis aan wat afgesproken is)
Zo nee, neem BEM af bij twijfel			
Is er een actueel medicatieoverzicht aanwezig?			
Wordt de medicatie aangereikt of toegediend door TGG/A&B TOM?			
Is er een toedieninglijst van de apotheek aanwezig?			
Wordt er door de medewerkers van TGG/A&B TOM afgetekend op de toedieninglijst? (paraaf door de medewerkers)			
Is er sprake van een voorbehouden handeling? Zo ja welke?			
Is er een uitvoeringsverzoek aanwezig?			

<b>Overige opmerkingen:</b>
-----------------------------