

Afspraken Medicatie (BEM-code)

Dit formulier opnemen in het zorgdossier en sturen naar huisarts en apotheek

Naam cliënt:	Datum:
Geboortedatum:	Naam zorgverlener:
BSN:	Naam mantelzorger:
Adres:	Postcode en plaats:
Naam huisarts:	
Cliënt maakt gebruik van medicijnenrol/weekdoos* ☐ ja ☐ nee ☐ onbekend	
Kruis de BEM-categorie aan die van toepassing is op de cliënt	
☐ Categorie 1: cliënt bestelt en gebruikt medicatie zelf ☐ Categorie 2: zorg bestelt medicatie, cliënt gebruikt medicatie zelf ☐ Categorie 3: cliënt bestelt medicatie, zorg biedt hulp bij (een deel van) medicatie ☐ Categorie 4: zorg bestelt en biedt hulp bij (een deel van) medicatie ☐ Categorie 5: zorg bestelt, biedt hulp bij medicatie en ziet toe op inname	
Toelichting • 'Zelf' kan zijn: met hulpmiddel of met hulp van de mantelzorger. • Hulp bij gebruik van 'een deel van' de medicatie kan zijn: cliënt neemt zelf medicatie uit medicijnenrol in, de zorg dient oogdruppel toe, of injecteert insuline. Of: de zorg geeft medicatie uit medicijnenrol, cliënt neemt zelf de 'zo nodig' slaapmedicatie in.	
Toepassing • Noteer de code in het zorgleefplan of begeleidingsplan. Beschrijf daarbij de medicatiezorg die je de cliënt verleent. • Je tekent af voor de afgesproken medicatiezorg.	
Datum	Benodigde hulpmiddel of zorg door mantelzorger, arts of apotheek
Datum	Te leveren zorg door zorginstelling (Vitaedes)
Actie	Datum
Arts is geïnformeerd	J / nee / n.v.t.
Apotheker is geïnformeerd	J / nee / n.v.t.
Afspraken zijn opgenomen in het zorgplan	J / nee
Overeenkomst (gedeeltelijke) overname van zorg is opgesteld	J / nee / n.v.t.
Ondertekening voor akkoord	
Namens Vitaedes:	Cliënt of diens vertegenwoordiger:
Naam:	Naam:
Handtekening:	Handtekening:

