

INSCHRIJFFORMULIER Apotheek Pijnacker Centrum / Keijzershof

Uw adres:

Postcode/Woonplaats:.....

Telefoonnummer:/.....

E-mail cliënt:

Naam huisarts:

- Aankruisen als u uw medicijnen vanuit de afhaalkuis wilt ophalen
- Aankruisen als u standaard uw medicijnen bezorgd wilt hebben
- Ik geef toestemming voor brievenbus bezorging (waarbij er geen kleine kinderen of huisdieren bij de medicijnen kunnen)

GEGEVENS PER GEZINSLID

Voorletters /roepnaam	Achternaam (voor vrouwen evt. incl. meisjesnaam)	Geb. datum		BSN	Verzekerings- maatschappij en polisnr	Medicatiegebruik en dosering en eventuele zelfzorgmiddelen	Chronische ziekten, overgevoeligheden /allergieën en overige opmerkingen	Handtekening NB voor kinderen: Tot 12 jr door ouder 12-15 jr ouder+kind Vanaf 16jr door kind
			M/V					
			M/V					
			M/V					
			M/V					
			M/V					

Bovenstaande cliënt(en) geeft/geven Apotheek Pijnacker Centrum / Apotheek Keijzershof toestemming voor

Het volledige medicatiedossier op te vragen bij de vorige apotheek, namelijk Apotheek in en voor uitschrijving zorg te dragen. De medicatiegegevens te delen met andere zorgverleners en met leveranciers via het Landelijk Schakelpunt (LSP, zie folder) en het opvragen en verstrekken van relevante laboratoriumgegevens bij andere zorgaanbieders ten behoeve van de medicatiebewaking en -begeleiding.

Ja Nee

Datum.....