



INSCHRIJFFORMULIER

Voornaam: Voorletters:

Achternaam: Huisarts:

Geboortedatum: BSN:

Straatnaam en huisnummer:

Postcode en woonplaats:

Telefoonnummer:..... E-mail:.....

Naam zorgverzekeraar:..... Verzekeringsnummer:.....

Medicatie overzicht (inclusief vrij verkrijgbare geneesmiddelen)

naam geneesmiddel	dosering

Allergieën, intoleranties en ziektes

bekende allergieën en intoleranties	(chronische) ziektes en contra-indicaties

- Omcirkel indien van toepassing: kinderwens / zwangerschap / borstvoeding



INSCHRIJFFORMULIER

- Ondergetekende geeft toestemming aan de zorgverlener om zijn/haar medische gegevens beschikbaar te stellen, via een beveiligde zorginfrastructuur (LSP), voor raadpleging door andere zorgverleners
- Ondergetekende geeft toestemming voor het gebruik van zijn/haar e-mailadres voor het doen van een klanttevredenheidsonderzoek over de dienstverlening van de apotheek (maximaal 1 mail per jaar).
- Ondergetekende geeft toestemming om een melding te ontvangen per e-mailadres/sms als de medicatie klaar ligt in de apotheek (Track&Trace)
- Ondergetekende geeft toestemming voor het raadplegen van het diagnostisch dossier (labwaarden) van de huisarts indien dat nodig is voor de medicatiebewaking.

Datum:..... Handtekening:.....