

INSCHRIJFFORMULIER

Vul uw gegevens zo zorgvuldig mogelijk in. Met uw gegevens gaan wij vertrouwelijk om volgens de bepalingen van de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp).

PERSOONLIJKE GEGEVENS:

Voorletters / Achternaam:

M V

Geboortedatum:

BSN-nummer:

Straatnaam + huisnummer:

Postcode:

Woonplaats:

Telefoonnummer:

E-mail adres:

MEDISCHE GEGEVENS:

Allergie en/of overgevoeligheid voor stoffen/geneesmiddelen: Ja Nee Zo ja, soort:

Opmerkingen t.b.v. medicatiebewaking (denk aan ziekte/zwangerschap/borstvoeding etc.):

Bezorgen: Ja Nee

Herhaalservice: Ja Nee

Baxterrol: Ja Nee

Door ondertekening van dit formulier geeft u tevens aan dat u ons toestemming geeft voor het opvragen van uw medicatiedossier bij uw huidige apotheek. Wij zullen uw huidige apotheek ook verzoeken u uit te schrijven. Vermeld daarvoor hieronder gegevens van uw huidige apotheek.

Huidige apotheek:

Plaats:

Telefoonnummer:

Datum van invullen:

 - -

ZORGGEGEVENS:

Zorgverzekering + polisnummer:

Huidige huisarts, naam & woonplaats:

Toestemming elektronisch opvragen van medicatiedossier door andere zorgverleners; LSP: Ja Nee

Handtekening: