

INSCHRIJFFORMULIER

APOTHEEK Maertensplein

Fax 0346-218176

Ondergetekende,

Naam: _____ m/v

Adres: _____

Postcode/Woonplaats: _____

Geboortedatum: _____

Telefoonnummer: _____ Mobiel: _____

Email: _____

Zorgverzekeraar: _____

BSN nummer: _____

Huisarts: _____

wil graag ingeschreven worden bij Apotheek Maertensplein en geeft hierbij toestemming voor:

- Het opvragen van medische gegevens, die voor de apotheek van belang zijn zoals medicatiehistorie, allergieën en contra-indicaties (LSP)
- Het proactief opvragen van labgegevens die nodig zijn voor een optimale behandeling
- Het aanleggen en bijhouden van een cliëntendossier t.b.v. medicatiebewaking
- Het op basis van een legitiem verzoek uitwisselen van medicatiegegevens met andere zorgverleners.

Indien u geen toestemming wenst te geven kunt u dat aangeven bij onze medewerkers.
De gegevens worden door Apotheek Maertensplein vertrouwelijk behandeld.

Naam vorige apotheek: _____

Adres: _____

Woonplaats: _____

Datum _____ Plaats _____

Handtekening: _____

Overige gezinsleden onder de 16 jaar (handtekening voor toestemming vereist indien > 12jr):

	Achternaam	Voorl.	Geboorte datum	Zorg verzekeraar	BSN nummer	Handtekening indien >12jr
1 m/v						
2 m/v						
3 m/v						
4 m/v						

Te verwerken door de apotheek:

- | | |
|---|---|
| ☐ Uitvraag medicatie | ☐ AMO opvraag en verwerkt in historie |
| ☐ Uitvraag Contra-indicaties | ☐ AMO retour naar eigen apotheek bij passant |
| ☐ Uitvraag allergien | ☐ LSP aangezet |

Versie: 1.4 mei 2018