

***Dit formulier graag uitprinten en inleveren in de apotheek, wij kunnen dit helaas niet elektronisch laten versturen.***

Aanvraag HerhaalService          datum:.....

Naam:.....

Adres:.....

Geboortedatum:.....

e-mail adres:.....

tel.nummer: .....

svp aankruisen wat gewenst is:

- ☐ Ik kom mijn Herhaalservice medicatie altijd ophalen en ontvang een mail als de medicatie klaar staat.
- ☐ Ik haal mijn Herhaalservicemedicatie op uit de Servilocker (e-mail adres en 06-nummer nodig, svp invullen bovenaan)
- ☐ Ik laat mijn Herhaalmedicatie bezorgen

Betreft de volgende chronische medicatie:

(slaapmedicatie kan niet in de Herhaalservice)

| Naam geneesmiddel | Hoeveelheid nog aanwezig: |
|-------------------|---------------------------|
| 1.....            | .....                     |
| 2.....            | .....                     |
| 3.....            | .....                     |
| 4.....            | .....                     |
| 5.....            | .....                     |
| 6.....            | .....                     |
| 7.....            | .....                     |
| 8.....            | .....                     |

Startdatum Herhaalservice

Wij vullen alles aan tot eenzelfde datum en daarna ontvangt u steeds porties voor 3 maanden. We zorgen dat u ruim voor de medicatie op is een volgende portie ontvangt.

U ontvangt een mail (als bekend) als de medicatie klaar staat in de apotheek of Servilocker.