

INSCHRIJFFORMULIER

PERSOONLIJKE INFORMATIE

Naam + Voorletters

M / V / X

geslacht

Geboortedatum

Burgerservicenr. (BSN)

OVERIGE INFORMATIE

Telefoonnummer vast

Mobiel

E-mail

Straat + huisnummer

Postcode + Woonplaats

Huisarts

Vorige apotheek

AANVULLENDE INFORMATIE

Meld hier alles wat belangrijk kan zijn voor uw medicijngebruik, zoals allergieën, zwangerschap en aandoeningen.

EXTRA SERVICES

Ik wil graag gebruik maken van:

- ☐ de herhaalservice ☐ een medicatiebeoordeling
☐ de afhaalautomaat

MACHTIGING AUTOMATISCHE INCASSO

☐ Met ondertekening van dit formulier geef ik mijn apotheek toestemming om incasso-opdrachten te sturen naar mijn bank voor de levering van producten die niet vergoed worden door de zorgverzekering. Ik geef toestemming dat het bedrag van mijn rekening afgeschreven wordt.*

IBAN

TOESTEMMINGEN

Geeft u toestemming voor uitwisseling van uw medicijngegevens? Dan houden wij de veiligheid van uw medicijngebruik beter in de gaten.

Medicijngegevens en -historie (vorige apotheek) ja / nee
Labwaarden (relevant voor uw medicijnbehandeling) ja / nee
Elektronische uitwisseling medicijngegevens via het LSP** ja / nee

Toestemming dat wij u uitschrijven bij uw vorige apotheek ja / nee

Datum

Naam in blokletters

Handtekening

* Bent u het niet eens met een afschrijving? Zorg dat u binnen 8 weken contact opneemt met de bank. Zij kunnen het terugboeken.

** LSP = Landelijk Schakel Punt. De apotheek geeft uw medicijngegevens door aan het LSP. Andere zorgverleners mogen dan, voor uw behandeling, de gegevens opvragen. Zie www.volgjezorg.nl voor meer informatie.