

Algemene gegevens

Achternaam: M/V
Voornaam: Voorletters:
Adres: PC + Plaats:
Geboortedatum: BSN:
Telefoonnummer(s): ID/Paspoort:
E-mailadres:
Huisarts:

Financiële gegevens

Zorgverzekering: Polisnummer:
Heeft u een machtiging voor een genees-/hulpmiddel? Ja/Nee,

Medische gegevens

Heeft u een chronische ziekte? Ja/Nee.....
Bent u (mogelijk) zwanger? Ja/Nee Uitgerekende datum:.....
Geeft u borstvoeding? Ja/Nee
Heeft u een nierfunctiestoornis? Ja/Nee Waarde:.....ml/min
Bent u allergisch of intolerant voor bepaalde medicijnen? Ja/Nee
Gebruikt u bloedverdunners of antistollingsmiddelen? Ja/Nee
Gebruikt u andere geneesmiddelen? Ja/Nee
.....
Andere belangrijke informatie:

Toestemming uitwisseling:

Met uw inschrijving gaat u een behandelrelatie aan met Apotheek Zielhorst en daarmee geeft u toestemming voor het verwerken van uw gegevens.

- Ik geef toestemming dat u eenmalig mijn medicatiedossier opvraagt bij mijn oude apotheek: **Ja/Nee**
- Ik geef goedkeuring voor het (elektronisch) uitwisselen van medische gegevens met andere zorgverleners als dit noodzakelijk is in de toekomst: **Ja/Nee**

Gegevens oude apotheek

Naam: Faxnummer:
Adres:

Handtekening cliënt:

Ondergetekende gaat akkoord met de beëindiging van de inschrijving in uw apotheek en is volledig geïnformeerd wat de overstap inhoud. Wij vragen u deze cliënt bij u uit te schrijven.

Ook gaat ondergetekende akkoord met het opvragen van de medicatiegegevens die bij u bekend zijn.

- Graag ontvangen wij het medicatiedossier. Teneinde de medicatiebewaking zo betrouwbaar mogelijk te laten zijn, verzoeken wij u vriendelijk de gevraagde acties zo spoedig mogelijk (binnen één dag) uit te voeren.
- Wij hebben reeds de gegevens via LSP opgevraagd en ontvangen.

Hartelijk dank voor uw medewerking.

Paraaf apotheekmedewerker:

* Alleen de noodzakelijke gegevens worden uitgewisseld. Het gaat dan om gegevens die nodig zijn voor de medicatiebewaking, zoals medicijngegevens, aandoeningen en allergieën.