

Inschrijfformulier

Voorletters: _____ Achternaam: _____ Geb datum: _____

Adres: _____ BSN: _____

Mobiel nummer: 06- _____ Emailadres: _____

Huisarts: _____ Naam vorige apotheek: _____

Medische gegevens:

Allergieën/ overgevoeligheden: _____

Gebruikt u medicatie? Ja Nee Zo ja, welke? _____Zwangerschap of borstvoeding Zwanger? Ja Nee Zo ja, wat is de uitgerekende datum ____ - ____ - ____
Borstvoeding? Ja Nee**Kinderen < 12jaar (indien van toepassing invullen)**

1.Initialen en achternaam: _____ Geslacht: M / V

Geboortedatum: _____ BSN: _____

2.Initialen en achternaam: _____ Geslacht: M / V

Geboortedatum: _____ BSN: _____

3.Initialen en achternaam: _____ Geslacht: M / V

Geboortedatum: _____ BSN: _____

Voor kinderen tussen 12 en 16 jaar moet zowel de ouder als het kind toestemming geven.**Toestemming:**Ik ga akkoord met het beschikbaar stellen van mijn medische gegevens voor raadpleging door zorgverleners zoals in de informatiebrochure beschreven (*over het elektronisch delen van uw medische gegevens*). Ja NeeIk geef toestemming om lab waarden op te vragen indien het nodig is. Ja NeeIk geef toestemming voor het opvragen van mijn medicatiegegevens bij mijn vorige apotheek. Ja Nee**Overig (aanvinken):**Ik wil graag gebruik maken van de herhaalservice Ja NeeMijn medicatie mag worden opgehaald door een ander Ja NeeIk wens een intakegesprek over mijn medicijnen Ja Nee**Datum en handtekening:** _____

*E-mailadres kan worden gebruikt voor het verstrekken van informatie, vragen over uw medicatie.

In te vullen door de apotheek: LSP AMO Welkom Lab4Apo Qualiview