Inschrijfformulier ZorgApotheek 't Hart van Lelystad

Uw persoonsgegevens

Datum Inschrijving _____

Achternaam _____ Voornaam/ - letters _____

Geboortedatum _____ Geslacht M / V

Adres _____ Postcode _____

Woonplaats _____

Telefoonnr. Vast _____ Mobiel _____

Vorige Apotheek _____ te _____

Huidige Huisarts _____

Uw Verzekeraar _____ te _____

Verzekeringsnummer voor de Apotheek _____

Vragen over geneesmiddelgebruik

Gebruikt u geneesmiddelen? Ja * / Nee

* Zo ja, geeft u ZorgApotheek 't Hart van Lelystad toestemming uw geneesmiddelgebruik van het afgelopen jaar op te vragen bij uw vorige apotheek? Ja / Nee *

* Zo nee, wilt u dan hieronder aangeven welke geneesmiddelen u hoe vaak per dag gebruikt?

_____

_____

_____

Bent u overgevoelig voor bepaalde geneesmiddelen en/of hulpstoffen? Ja * / Nee

* Zo ja, waarvoor? _____

_____

_____

_____

Overige relevante informatie _____

_____

_____

_____

Let wel! Als wij als apotheek gegevens bij uw huisarts of andere zorgverleners opvragen over uw behandeling ten behoeve van uw medicatie bewaking gaan wij er vanuit dat u daarmee akkoord gaat. Als het ziekenenhuis uw medicatie gegevens opvraagt in verband met een opname gaan wij er vanuit dat u daarmee akkoord gaat.
Als u overgaat naar een andere apotheek, i.v.m. bijvoorbeeld een verhuizing, kunt u ons verzoeken uw gegevens over te dragen aan uw nieuwe apotheek.

Voor akkoord: Naam Datum Handtekening