

Inschrijfformulier

REC-F03, NH, 08-09-2021



Voorletters en achternaam: _____ man vrouw

Geboortedatum: _____

Straat en huisnummer: _____

Postcode en woonplaats: _____

Telefoon thuis: _____

Telefoon mobiel: _____

E-mail*: _____

Huisarts: _____

Vorige apotheek: _____

BSN: _____

*) Uw e-mailadres kan gebruikt worden voor het verstrekken van informatie en een klantentevredenheidsonderzoek (max 1 maal per jaar).

Medicijngebruik

Gebruikt u medicijnen, de pil en/of zelfzorgmiddelen? ja nee

Naam: _____ Sterkte: _____ Gebruik: _____

Naam: _____ Sterkte: _____ Gebruik: _____

Naam: _____ Sterkte: _____ Gebruik: _____

Naam: _____ Sterkte: _____ Gebruik: _____

Naam: _____ Sterkte: _____ Gebruik: _____

Naam: _____ Sterkte: _____ Gebruik: _____

Naam: _____ Sterkte: _____ Gebruik: _____

Naam: _____ Sterkte: _____ Gebruik: _____

Bent u bekend met allergieën of overgevoeligheden voor bepaalde geneesmiddelen of stoffen in geneesmiddelen? ja nee

Geneesmiddelen (of stoffen in middelen) waar u allergisch of overgevoelig voor bent:

Bent u zwanger? ja nee

Geeft u borstvoeding? ja nee

Heeft u een actuele kinderwens? ja nee



Inschrijfformulier

REC-F03, NH, 08-09-2021



Als u overstapt van een andere apotheek:

Kreeg u bij de vorige apotheek een medicijnrol of baxter?

ja nee

Maakte u bij de vorige apotheek gebruik van een herhaalservice, waarbij de apotheek automatisch uw herhaalmedicatie klaarmaakt.

ja nee

Eventuele overige gegevens, wensen of opmerkingen:

.....

.....

.....

.....

Privacy

Wij gaan vertrouwelijk met uw gegevens om. Om goede zorg te kunnen verlenen, leggen wij uw persoonsgegevens en medicijngebruik vast. Wij doen dit in lijn met de bepalingen in de Wet Geneeskundige Behandeloovereenkomst (WGBO) en de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG). Meer informatie hierover kunt u terugvinden in ons privacyreglement.

Toestemmingsverklaring

Verleende toestemming kan te allen tijde herroepen en gewijzigd worden.

Ik geef de apotheek toestemming:

- Voor het opvragen van mijn medicatiedossier bij mijn vorige apotheek. ja nee
- Mijn medicatie gegevens uit te wisselen met andere zorgverleners zoals huisarts, specialist, dienstapotheek en laboratorium, mits noodzakelijk voor een zorgvraag. Zie ook informatiefolder over het Landelijk Schakelpunt (het beveiligd netwerk voor uitwisseling medische gegevens). ja nee

Akkoord

Datum:

Naam:

BERICHT VOOR HUISARTSENPRAKTIJK:

Deze patiënt(e) heeft zich ingeschreven bij Apotheek Copenhaege te Vlaardingen. Graag aanpassen in uw administratie.

BERICHT VOOR APOTHEEK:

Deze patiënt(e) heeft zich ingeschreven bij Apotheek Copenhaege te Vlaardingen. Graag ontvangen wij een actueel medicatie-overzicht.

E-mail: infocopenhaege@ezorg.nl