

Inschrijfformulier voor Voorhof Apotheek

Persoonsgegevens

Naam

.....

Voorletters

.....

Voornaam

.....

Geslacht

.....

Geboortedatum

.....

BSN

.....

Handtekening*

.....

**Personen vanaf 12 jaar moeten zelf toestemming geven*

Contactgegevens

Adres

.....

Postcode

.....

Plaats

.....

Telefoonnummer vast

.....

Mobiel

.....

E-mailadres

.....

Verzekeringsgegevens

Zorgverzekeraar

.....

Polisnummer

.....

Machtiging voor bepaalde geneesmiddelen, incontinentiemateriaal of andere hulpmiddelen:

Nee/ja*, voor:

.....

**Zo ja, zou u deze a.u.b. bij ons kunnen inleveren?*

Huisarts

(Praktijk)naam

.....

Plaats

.....

Gegevens huidige apotheek

Naam apotheek

.....

Plaats

.....

Telefoonnummer

.....

Faxnummer

.....

Medicatiegegevens*

Naam: Sterkte:

Dosering:

Naam: Sterkte:

Dosering:

Naam: Sterkte:

Dosering:

Naam: Sterkte:

Dosering:

Naam: Sterkte:

Dosering:

**Als u toestemming geeft voor het opvragen van uw dossier bij uw huidige apotheek hoeft u deze gegevens niet in te vullen.*

Overige vragen

- | | | |
|--|-----------------------------|------------------------------|
| - Heeft u slikproblemen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| - Heeft u problemen met het openen van verpakkingen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| - Heeft u problemen met het toedienen van bepaalde geneesmiddelen (zoals oogdruppels)? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| - Doet u mee aan perioden van vasten? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| - Heeft u een kinderwens? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| - Bent u zwanger? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| - Geeft u borstvoeding? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| - Bent u bekend met nierfunctiestoornissen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| - Bent u bekend met leverfunctiestoornissen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| - Bent u bekend met allergieën? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| o Zo ja, waar bent u allergisch voor? | | <input type="checkbox"/> Nee |
| - Zijn er andere zaken van belang? | | <input type="checkbox"/> Nee |
| | <input type="checkbox"/> Ja | |

Toestemming

Ik geef de apotheek toestemming (graag aanvinken per item):

- Voor het opvragen van mijn medicatiedossier bij mijn huidige apotheek
- Voor het uitwisselen van medicatiegegevens via LSP (beveiligd netwerk om medische gegevens uit te wisselen) ten behoeve van het optimaliseren van de farmacotherapeutische behandeling. Voor meer informatie: www.vzvez.nl.
- Om gegevens van het laboratorium op te vragen en in te zien, die nodig zijn om juiste en veilig gebruik van medicatie te garanderen (bijvoorbeeld de nierfunctie).