



# Intakeformulier

APOTHEEK BEEK

Doc.naam: intakeformulier

Versie 1.0

Versiedatum: 6-1-2021

NIEUWE PATIENT  PASSANT

Voor apotheek:  welkomstbrief gegeven

Achternaam en voorletters:

Straat + huisnummer: .....

Postcode + woonplaats: .....

Geslacht: m / v

Geboortedatum: .....

**uw telefoonnummer:** .....

uw e-mailadres: .....

**Bsn-nummer:** .....

Soort identiteitsbewijs:

Geldig Nederlands Paspoort / Identiteitskaart / Rijbewijs /  
Vreemdelingendocument (verplicht!)

Nummer identiteitsbewijs: .....

(verplicht!)

Zorgverzekering en polisnr: .....

Vorige huisarts:

Plaats:

Huidige Huisarts:

Plaats:

Vorige apotheek:

Plaats:

Gebruikt u bloedverdunners?

ja. Noteer hier de naam: .....  
 nee

Gebruikt u geneesmiddelen?

ja – noteer hier welke geneesmiddelen u gebruikt:

Denk ook aan pijnstillers, de pil

.....  
 nee

Zelfzorgmiddelen, inclusief kruiden of homeopathie:

Allergie/intolerantie: Bent u allergisch voor geneesmiddelen  
of hulpstoffen?

ja, voor .....  
 nee

Ziektebeelden

astma:  ja  nee

COPD:  ja  nee

diabetes:  ja  nee

Zwangerschap:  ja  nee

hartfalen:  ja  nee

borstvoeding:  ja  nee

verminderde nierfunctie:  ja  nee

kinderwens:  ja  nee

maagzweer/darmzweer (nu of in verleden gehad):

ja  nee

anders, nl: .....

Voor de apotheek

LSP opvragen gelukt  
 LSP opvragen NIET gelukt

Hierbij geef ik toestemming aan apotheek Beek apotheek om mijn actueel medicatiegegevens op te vragen, voor de medicatiebewaking en ter bevordering van een compleet medicatiedossier. Hierbij geef ik tevens toestemming tot het uitwisselen van mijn medicatiegegevens, lab waarden en relevante medische gegevens tussen mijn apotheker en mijn behandelaars. Deze gegevens worden gebruikt voor de medicatiebewaking. Hierbij geef ik toestemming voor het gebruik van het e-mailadres voor het toesturen van extra info over het geneesmiddelgebruik en het uitvragen van ervaringen met het geneesmiddel dat gebruikt wordt.

ja  
 nee  
Datum :  
Handtekening:

0 voor oude apotheek: Het is ons niet gelukt om het LSP op te vragen. Wij willen u vragen om de medicatiehistorie van 12 maanden, de allergieën en contra-indicaties te mailen naar: [medicatie-beek@ezorg.nl](mailto:medicatie-beek@ezorg.nl)