Apotheek Bredeweg

**Inschrijfformulier nieuwe patiënt**

Patiëntgegevens

Voorletters en Naam: M/V

Adres: ........................................................................................

Postcode en Woonplaats: ........................................................................................

Geboortedatum: ........................................................................................

BSN nummer: ........................................................................................

Soort identiteitsbewijs: Geldig Nederlands Paspoort / Identiteitskaart / Rijbewijs / Vreemdelingendocument

Nummer identiteitsbewijs: ........................................................................................

Zorgverzekeraar en Polisnummer: .........................................................................................

(Mobiel)-telefoonnummer: .........................................................................................

E-mailadres: .........................................................................................

Naam huisarts: .........................................................................................

Vorige apotheek: .........................................................................................

Wilt u gebruik maken van onderstaande services?

(ik geef toestemming mijn gegevens hiervoor te gebruiken)

|  |  |
| --- | --- |
| Toshoservice (medicijnrol) | Ja / Nee |
| Herhaalservice | Ja / Nee |
| Bezorgservice\* | Vraag naar de mogelijkheden |
| Afhaalautomaat (Pharmaself) | Ja / Nee |
| Klanttevredenheidsonderzoek | Ja / Nee |

Gegevens uitwisseling:

* De ondergetekende **gaat akkoord** met het uitwisselen van de medicatiegegevens en eventueel andere relevante medische gegevens (zoals bv labwaardes) in het kader van de behandeling.
* De ondergetekende **gaat niet akkoord** met het uitwisselen van medicatiegegevens en eventueel andere relevante medische gegevens (zoals bv labwaardes) in het kader van de behandeling.

Datum: Naam cliënt: Handtekening:

Voor kinderen tot 12 jaar geeft de ouder/voogd toestemming..

Voor kinderen van 12 tot 16 jaar die toestemming willen geven, moet zowel de ouder/voogd als het kind zijn/haar toestemming geven. Kinderen vanaf 16 jaar geven zelf toestemming.

Persoonlijke omstandigheden

Zijn er bepaalde persoonlijke omstandigheden waarvan de apotheek op de hoogte dient te zijn; bv ziektebeelden, zwangerschap, borstvoeding etc.?

* Nee

o Ja, welke: ………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………….

Medicatiegegevens

Gebruikt u bloedverdunners?

* Nee

o Ja, welke trombosedienst heeft u: …………………………………………...........................……….………………………...........................……

Gebruikt u wel eens medicijnen die vrij verkrijgbaar zijn bij de drogist, homeopathie of fytotherapie? (Bijvoorbeeld: ibuprofen, Aleve, Sint Janskruid)

* Nee

o Ja, welke: ……………………...............................……………………………………………………...........................…

Heeft u allergieën of intoleranties voor bepaalde medicijnen of stoffen?

* Nee

o Ja, op welke medicijnen: …………………………………………................................……..………………………...........................…

Bent u op de hoogte van uw actuele labwaardes?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Waarde | Datum |
| Nierfunctie (GFR) |  |  |
| Lithium |  |  |
| Natrium |  |  |
| Kalium |  |  |
|  |  |  |

VAL apotheken kunnen bij bezorging van medicatie via de brievenbus of op een andere gevraagd adres de privacy van de client niet volledig garanderen.

\*