

## Inschrijfformulier Apotheek De Vliegeraar

*LET OP: bij inschrijving van meerdere personen vul per persoon een formulier in*

- Voor inschrijving van kinderen tot 12 jaar: u geeft als ouder/voogd toestemming
- Voor inschrijving van kinderen van 12 tot 16 jaar: zet allebei een handtekening onder het formulier
- Voor de inschrijving van kinderen vanaf 16 jaar: zij vullen zelf dit formulier in

### Persoonlijke gegevens

_____	_____	M/ V
<b>Voorletter(s) (+ voornaam)</b>	<b>Achternaam</b>	<b>Geslacht</b>
_____	_____	
<b>Geboortedatum</b>	<b>BSN-nummer</b>	
_____	_____	
<b>Nummer identiteitsbewijs</b>	<b>Type identiteitsbewijs (= geldig Nederlands paspoort, identiteitskaart, rijbewijs of vreemdelingendocument)</b>	

### Administratieve gegevens

_____	_____
<b>Telefoonnummer</b>	<b>E-mail</b>
_____	_____
<b>Straat + huisnummer</b>	<b>Postcode + Woonplaats</b>
_____	_____
<b>Huisarts</b>	<b>Vorige apotheek</b>
_____	_____
<b>Zorgverzekering + polisnummer</b>	<b>IBAN-rekeningnummer</b>

### Toestemmingen aan personen voor het ophalen van medicatie of medicatieoverzichten

_____	_____	M/ V
<b>Voorletter(s) en achternaam</b>	<b>Geboortedatum</b>	<b>Geslacht</b>
_____	_____	M/ V
<b>Voorletter(s) en achternaam</b>	<b>Geboortedatum</b>	<b>Geslacht</b>
_____	_____	M/ V
<b>Voorletter(s) en achternaam</b>	<b>Geboortedatum</b>	<b>Geslacht</b>
_____	_____	M/ V
<b>Voorletter(s) en achternaam</b>	<b>Geboortedatum</b>	<b>Geslacht</b>

**Medische gegevens**

Medicatiegebruik \_\_\_\_\_

Chronische aandoeningen \_\_\_\_\_

Allergieën/ overgevoeligheden \_\_\_\_\_

Zelfzorggeneesmiddelen/ voedingssupplementen \_\_\_\_\_

Gebruik van alcohol en/of drugs \_\_\_\_\_

Bijzonderheden \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Ondertekening**

- Ik geef Apotheek De Vliegeraar toestemming mijn volledige medicatiedossier op te vragen bij mijn apotheek, namelijk Apotheek \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ en dat dossier te beheren en te wijzigingen
- Ik geef Apotheek De Vliegeraar toestemming om mij uit te schrijven bij mijn vorige apotheek
- Ik geef Apotheek De Vliegeraar toestemming mijn gegevens te delen met andere zorgverleners
- Ik geef Apotheek De Vliegeraar toestemming laboratoriumwaarde/nierfunctie op te vragen
- Ik geef Apotheek De Vliegeraar toestemming om mijn medische gegevens beschikbaar te stellen via het LSP
- Ik geef Apotheek De Vliegeraar toestemming om mij in de geautomatiseerde herhaalservice op te nemen
- Ik geef Apotheek De Vliegeraar toestemming om doorlopend incasso-opdrachten te sturen naar mijn bank om een bedrag van mijn rekening af te schrijven en mijn bank om doorlopend een bedrag van mijn rekening af te schrijven overeenkomstig de opdracht van Apotheek De Vliegeraar. Als u het niet eens bent met deze afschrijving kunt u deze laten terugboeken. Neem hiervoor binnen acht weken na afschrijving contact op met uw bank. Vraag uw bank naar de voorwaarden.

\_\_\_\_\_  
Datum\_\_\_\_\_  
Naam in blokletters\_\_\_\_\_  
Handtekening