

Inschrijfformulier

Apotheek Vinkeveen

Apotheek Wilnis

Persoonlijke gegevens

Voorletters + Naam:

Geboortedatum

M/V

BSN-nummer

- 1) _____
2) _____
3) _____
4) _____
5) _____

Straat + Huisnummer

Postcode + Woonplaats

Telefoonnummer vast / mobiel _____

Email _____

Huisarts: _____ Huidige apotheek: _____

Chronische aandoeningen: _____

Allergieën/overgevoeligheden: _____

Zwangerschap/kinderwens/borstvoeding: _____

Afleveren medicatie

Ik gebruik een baxter/medicatierol:

ja / nee*

Ik wil graag gebruik maken van de automatische herhaalservice voor chronische medicatie:

ja / nee*

Mijn medicatie wordt altijd thuisbezorgd:

ja / nee*

Mijn medicatie mag bij afwezigheid bezorgd worden op nummer..... of
in de brievenbus gedeponereerd worden.

ja / nee*

Ik maak graag gebruik van de Servilocker (24uurs medicijn uitgifte automaat):

ja / nee*

Bij ja maken wij voor berichtgeving om af te halen gebruik van uw mailadres.

Geeft u toestemming om uw medicatiehistorie door ons te laten op vragen bij uw vorige apotheek?

ja / nee*

Geeft u toestemming om uw gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere
Zorgverleners via het LSP zoals in de brochure 'Uw medische gegevens elektronisch delen' van VZVZ
is aangegeven?

ja / nee*

Geeft u toestemming om uw labgegevens met uw apotheek te delen?

ja / nee*

Ik wil dat n.a.v. mijn uitschrijving mijn vorige apotheek contact met mij opneemt.

ja / nee*

IBAN _____

Volledig IBAN-nummer bestaat uit 18 karakters

Door ondertekening van dit formulier geeft u toestemming aan bovengenoemde apotheken om doorlopende incasso-opdrachten te sturen naar w bank om een bedrag van uw rekening af te schrijven en aan uw bank om doorlopend een bedrag van uw rekening af te schrijven overeenkomst de opdracht van de apotheek. Indien u het niet eens bent met deze afschrijving kunt u deze laten terugboeken. Neem hiervoor binnen 8 weken na afschrijving contact op met uw bank.

Handtekening: _____

Datum: _____ / _____ / _____

* a.u.b. aanvinken/doorstrepen