

Inschrijfformulier nieuwe cliënt

Onderstaande perso(o)n(en) wil(len) zich inschrijven bij Apotheek Ruurlo als huisapothek:

| Voorletters + achternaam | m / v | Geb.datum | bsn | Handtekening |
|--------------------------|-------|-----------|-----|--------------|
| 1) | | | | |
| 2) | | | | |
| 3) | | | | |
| 4) | | | | |
| 5) | | | | |

| | |
|-------------------------|-------------------------------|
| Adres: | Postcode + woonplaats: |
| Telefoonnummer : | E-mail: |
| Huisarts: | Huidige apotheek: |

| | |
|-----------------------------------|--|
| Standaard thuisbezorging gewenst? | <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja |
| Evt. via de brievenbus? | <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja |

| | |
|--|--|
| Geven bovenstaande personen toestemming voor het opvragen van actuele medicatiegegevens bij de huidige apotheek of huisarts? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee |
| Geven bovenstaande personen toestemming voor de uitwisseling en overdracht van relevante medicatiegegevens via het LSP naar overige zorgverleners ten behoeven van de behandeling? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee |
| Heeft u specifieke wensen of opmerkingen ten aanzien van uw medicijnen? Noteert u die dan s.v.p. op de achterzijde van dit formulier. | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee |

Levert u dit formulier in bij Apotheek Ruurlo; wij verzorgen dan de verdere afhandeling van uw overschrijving!

T.a.v. de huidige apotheek:

Wij verzoeken u de/het complete medicatiedossier(s), inclusief intoleranties, allergieën en contra-indicaties over te dragen aan Apotheek Ruurlo. Teneinde de medicatiebewaking zo betrouwbaar mogelijk te realiseren, veronderstellen wij dat u de gevraagde acties zo spoedig mogelijk uit zult voeren, uiterlijk 1 werkdag na ontvangst van dit verzoek.

Alvast dank voor de medewerking, met collegiale groet,

Team Apotheek Ruurlo