

# Inschrijfformulier voor Apotheek Kipp

## **Persoonsgegevens**

Naam

.....

Voorletters

.....

Voornaam

.....

Geslacht

.....

Geboortedatum

.....

BSN

.....

Handtekening\*

.....

*\*Personen vanaf 12 jaar moeten zelf toestemming geven*

## **Contactgegevens**

Adres

.....

Postcode

.....

Plaats

.....

Telefoonnummer vast

.....

Mobiel

.....

E-mailadres

.....

## **Verzekeringsgegevens**

Zorgverzekeraar

.....

Polisnummer

.....

Machtiging voor bepaalde geneesmiddelen, incontinentiemateriaal of andere hulpmiddelen:

Nee/ja\*, voor:

.....

*\*Zo ja, zou u deze a.u.b. bij ons kunnen inleveren?*

**Huisarts**

(Praktijk)naam

.....

Plaats

.....

**Gegevens huidige apotheek**

Naam apotheek

.....

Plaats

.....

Telefoonnummer

.....

Faxnummer

.....

**Medicatiegegevens\***

Naam: ..... Sterkte: .....

Dosering: .....

Naam: ..... Sterkte: .....

Dosering: .....

Naam: ..... Sterkte: .....

Dosering: .....

Naam: ..... Sterkte: .....

Dosering: .....

Naam: ..... Sterkte: .....

Dosering: .....

*\*Als u toestemming geeft voor het opvragen van uw dossier bij uw huidige apotheek hoeft u deze gegevens niet in te vullen.*

**Overige vragen**

- |  |                             |                              |
|--|-----------------------------|------------------------------|
| - Heeft u slikproblemen?   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| - Heeft u problemen met het openen van verpakkingen?                                   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| - Heeft u problemen met het toedienen van bepaalde geneesmiddelen (zoals oogdruppels)? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| - Doet u mee aan perioden van vasten?  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| - Heeft u een kinderwens?  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| - Bent u zwanger?  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| - Geeft u borstvoeding?  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| - Bent u bekend met nierfunctiestoornissen?  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| - Bent u bekend met leverfunctiestoornissen?   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| - Bent u bekend met allergieën?  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| o Zo ja, waar bent u allergisch voor?  | .....                       | <input type="checkbox"/> Nee |
| - Zijn er andere zaken van belang?   | .....                       | <input type="checkbox"/> Nee |
|  | <input type="checkbox"/> Ja |                              |

### Toestemming

Ik geef de apotheek toestemming (graag aanvinken per item):

- Voor het opvragen van mijn medicatiedossier bij mijn huidige apotheek
- Voor het uitwisselen van medicatiegegevens via LSP (beveiligd netwerk om medische gegevens uit te wisselen) ten behoeve van het optimaliseren van de farmacotherapeutische behandeling. Voor meer informatie: [www.vzvez.nl](http://www.vzvez.nl).
- Om gegevens van het laboratorium op te vragen en in te zien, die nodig zijn om juiste en veilig gebruik van medicatie te garanderen (bijvoorbeeld de nierfunctie).