

Inschrijfformulier Apotheek De Slimme Watering

Persoons- en adresgegevens

Naam	Voornaam/-letters		Tussenvoegsel	Achternaam	
	Meisjesnaam				
Geboortedatum	DD	MM	JJJJ	Geslacht	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw <input type="checkbox"/> Anders
Adres	Straat			Huisnummer	
	Postcode		Plaats		
	Thuis			Mobiel	
Telefoon					
E-mailadres					
Burgerservicenummer					
Verzekeringsmaatschappij	Naam			Polisnummer	
Huisarts	Naam			Plaats	
Vorige huisarts	Naam			Plaats	
Vorige apotheek	Naam			Plaats	

Medische gegevens

Chronische aandoeningen en overgevoeligheden					
Zelfzorgmiddelen	<i>Bijv. pijnstillers, hoestdranken, neusdruppels, anti-diarreemiddelen, smeermiddelen etc.</i>				
Bijzonderheden	Draagt u contactlenzen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee				
Zwangerschap of borstvoeding	Zwanger	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Zo ja, wat is de uitgerekende datum		
	Borstvoeding	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	DD	MM	JJJJ

Ondertekening

Ik geef hierbij toestemming om:

- Mijn medische gegevens uit te wisselen met andere zorgverleners zoals huisartsen, specialisten, dienstapothek of het laboratorium (LSP). (GEEN toestemming? A.u.b. apart formulier invullen en tekenen);
- Mijn medicatiehistorie op te vragen bij mijn vorige apotheek;
- Mijn vorige apotheek mij uit te schrijven;
- Minimaal 1 keer per jaar een uitnodiging te ontvangen voor ons klanttevredenheidsonderzoek.

Ik wens een gesprek met de apotheker over mijn medicijnen

Ja Nee

Handtekening

Naam in blokletters

Datum

		DD	MM	JJJJ
--	--	----	----	------

LSP AMO WELKOM