

Ik wil graag(*):

- mijzelf aanmelden voor de **herhaalservice**.
 mijzelf aanmelden voor de **bezorgservice**.

- een ander **machtigen** mijn medicatie op te halen.
 mijzelf aanmelden voor de **medicijnautomaat**.

(*) U kunt meerdere opties aankruisen

Uw gegevens (alle gegevens graag invullen!)

Voorletters: _____ M/V
Achternaam: _____
Geboortedatum: _____
Naam huisarts: _____
Naam apotheek: _____
BSN: _____

Adres: _____
Postcode: _____
Woonplaats: _____
Telefoonnr.: _____
Mobiel nr: _____
E-mailadres: _____

Verste: Januari 2019

Gegevens van uw verzekeraar

Naam verzekeraar: _____
Polisnummer: _____

Begindatum verzekering (dd/mm/jjjj) _____

Aanvullende informatie

IEMAND MACHTIGEN. Onderstaande gegevens alleen invullen als u iemand wilt **machtigen**.

Ik geef toestemming aan (gemachtigde)

Voorletters: _____ M/V
Achternaam: _____
BSN: _____

Duur van de machtiging

Eenmalige toestemming Doorlopende toestemming

Toestemming van _____ tot _____

Ik geef toestemming voor het verstrekken van

- Medicijnen Toedienlijst
 Actueel medicatieoverzicht
 Medicijnpaspoort Anders, namelijk

Plaats en datum: _____

Handtekening gemachtigde

HERHAALSERVICE. Onderstaande gegevens alleen invullen als u gebruik wilt maken van de **herhaalservice**.

Haalt u de medicijnen op of wordt het standaard bezorgd bij u thuis? Bezorgen Halen

Noteer hieronder de medicijnen die chronisch zijn met de **dagdosering** erbij en de **einddatum** tot wanneer u de medicijnen in huis heeft.

Datum van tellen: _____

Hoe wilt u op de hoogte gesteld worden dat uw bestelling klaar ligt of bezorgd wordt? E-mail per post

Als u alle gegevens die voor u van toepassing zijn heeft ingevuld, verzoeken wij u dit formulier te ondertekenen en af te geven bij onze apotheek of naar ons op te sturen per post of via de mail.

Datum: _____ Handtekening: _____