# Inschrijfformulier Apotheek Gezondheidshuis

*LET OP: bij inschrijving van meerdere personen vul per persoon een formulier in*

* *voor inschrijving van kinderen tot 12 jaar: u geeft als ouder/voogd toestemming*
* *voor inschrijving van kinderen van 12 tot 16 jaar: zet allebei een handtekening onder het formulier*
* *voor de inschrijving van kinderen vanaf 16 jaar: zij vullen zelf dit formulier*

## Persoonlijke gegevens

Voorletters (+ voornaam) Achternaam Geslacht

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ M/V

Geboortedatum BSN nummer

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Onderstaande vragen in te vullen door medewerker*

Nummer identiteitsbewijs Type identiteitsbewijs *(geldig nederlands paspoort, identiteitskaart, rijbewijs of vreemdelingendocument)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Administratieve gegevens

Telefoonnummer E-mail

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Straat + huisnummer Postcode + Woonplaats

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vorige huisarts Vorige apotheek

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Zorgverzekeraar Polisnummer

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Medische gegevens

Medicatie gebruik:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Chronische aandoeningen:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allergiën/Overgevoeligheden:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Zelfzorggeneesmiddelen/voedingssupplementen:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gebruik alcohol en/of drugs: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bijzonderheden:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Toestemming

* Bij het Landelijk Schakel Punt (LSP) worden geen medische gegevens opgeslagen. De medische gegevens blijven in het dossier bij de huisarts of bij de apotheek. Zorgverleners mogen jouw gegevens alleen delen als je daarvoor toestemming geeft.

**Ik geef wel/geen toestemming mijn gegevens beschikbaar te stellen via LSP**

* MijnGezondheid.net is een online omgeving waarmee u eenvoudig en snel gezondheidszaken bij uw huisarts of apotheek kunt regelen, zoals afspraken, het stellen van een korte vraag of medicijnen bestellen

**Ik wil wel/geen gebruik maken van mijngezondheid.net**

* Ik geef Apotheek Gezondheidshuis toestemming mij volledige medicatiedossier op te vragen bij mijn apotheek…….te……..
* Ik geef Apotheek Gezondheidshuis toestemming mij uit te schrijven bij mijn vorige apotheek
* Ik geef Apotheek Gezondheidshuis toestemming laboratoriumwaarde/nierfunctie op te vragen
* Ik geef de Apotheek toestemming voor gebruik van mijn mailadres voor ophaalberichten en klanttevredenheid

Ondertekening

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Handtekening Naam in blokletters Datum