



## Inschrijfformulier Apotheek de Baandert

meerdere personen inschrijven op onderstaand adres namelijk \_\_\_\_\_ personen\*  
(\*LET OP: vul per persoon één 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

man  vrouw  anders

Geboortedatum \_\_\_\_\_

BSN nummer \_\_\_\_\_

Nummer identiteitsbewijs \_\_\_\_\_

Type identiteitsbewijs (= geldig Nederlands paspoort,  
identiteitskaart, rijbewijs of vreemdelingendocument)  
\_\_\_\_\_

### Administratieve gegevens

Telefoonnr (vast) \_\_\_\_\_

Telefoonnr (mobiel) \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Straat + huisnummer \_\_\_\_\_

Postcode + Woonplaats \_\_\_\_\_

Huisarts \_\_\_\_\_

Vorige apotheek \_\_\_\_\_

Zorgverzekeraar \_\_\_\_\_

Polisnummer \_\_\_\_\_

IBAN rekeningnummer \_\_\_\_\_

### Medische gegevens

Medicatiegebruik \_\_\_\_\_

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

Allergieën / overgevoeligheden \_\_\_\_\_

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

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

Bijzonderheden \_\_\_\_\_



### Overige gegevens

Blisterrol gehad in vorige apotheek?

JA  NEE

Gebruik gemaakt van automatische herhaling chronische medicatie in vorige apotheek?

JA  NEE

### Ondertekening

*Ik ben bekend en verklaar mij akkoord met de werkwijze en leveringsvoorwaarden van Apotheek De Baandert zoals omschreven in de aan mij uitgereikte documentatie en:*

- Ik geef Apotheek de Baandert toestemming mijn volledige medicatiedossier op te vragen bij mijn vorige apotheek en dat dossier te beheren en te wijzigingen
- Ik geef Apotheek de Baandert toestemming om mij uit te schrijven bij mijn vorige apotheek
- Ik wil graag gebruik maken van de Proactieve Herhaalmodule (automatische herhaling chronische medicatie)
- Ik wil graag gebruik maken van de uitgifteautomaat (24/7 afhalen van medicatie)
- Ik geef Apotheek de Baandert toestemming mijn relevante gegevens te delen met andere zorgverleners
- Ik geef Apotheek de Baandert toestemming laboratoriumwaarde/nierfunctie op te vragen
- Ik geef Apotheek de Baandert toestemming om mijn medische gegevens beschikbaar te stellen via het LSP
- Ik geef apotheek De Baandert toestemming tot automatische incasso van rekeningen voor geleverde geneesmiddelen van bankrekeningnummer (IBAN)

Datum

Naam in blokletters

---

---

Handtekening

---

*Ouder/Voogd (alleen indien van toepassing)*

Datum

Naam in blokletters

---

---

Handtekening

---

### HIERONDER NIET ZELF INVULLEN

t.b.v. de vorige apotheek (in te vullen door Apotheek De Baandert)

Voorletters ( + voornaam ) + Naam

Geslacht:

Geboortedatum:

M  V  A

---

---

BSN nummer:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sittard, \_\_\_\_\_

Geachte heer, mevrouw,

Bovenstaand treft u een patiëntinschrijving voor Apotheek De Baandert aan. Deze patiënt heeft aangegeven dat hij of zij voortaan als vaste patiënt bij onze apotheek ingeschreven wil staan. Daartoe heeft hij of zij aan ons toestemming gegeven voor het opvragen van zijn of haar medicatieoverzicht. Wij verzoeken u het medicatiedossier inclusief geregistreerde contra-indicaties en allergieën naar ons te faxen.

Namens Apotheek De Baandert,  
R.F. Bloemberg, apotheker