

Inschrijfformulier



Persoons- en adresgegevens

Naam				
	Voornaam/-letters		Tussenvoegsel	Achternaam
Geboortedatum			Geslacht	☐ Man ☐ Vrouw ☐ Anders
	DD	MM		
Adres				
	Straat			Huisnummer
Telefoon				
	Thuis		Mobiel	
E-mailadres				
Burgerservicenummer				
Verzekeringsmaatschappij				
	Naam			Polisnummer
Huisarts				
Vorige huisarts				
	Naam			Plaats
Vorige apotheek				
	Naam			Plaats

Medische gegevens

Chronische aandoeningen en overgevoeligheden				
Zelfzorgmiddelen				
Bijzonderheden	Bijv. pijnstillers, hoestdranken, neusdruppels, anti-diarreemiddelen, smeermiddelen etc.			
	Draagt u contactlenzen? ☐ Ja ☐ Nee			
Zwangerschap of borstvoeding	Zwanger	☐ Ja ☐ Nee	Zo ja, wat is de uitgerekende datum	
			DD	MM
	Borstvoeding	☐ Ja ☐ Nee		

Ondertekening

Ik geef hierbij toestemming om:

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

Handtekening	Naam in blokletters	Datum		
		DD	MM	JJJJ

☐ LSP

☐ WELKOM