

Inschrijfformulier vaste cliënt Apotheek Koert

- | | | | | |
|---|------------------------|-----------------|------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> Loc. Biltstraat | Biltstraat 100 | 3572 BJ Utrecht | tel. 030-2718585 | fax. 030-2716324 |
| <input type="checkbox"/> Loc. Binnenstad | v Asch v Wijckskade 30 | 3512 VS Utrecht | tel. 030-2326010 | fax. 030-2326019 |
| <input type="checkbox"/> Loc. Galgenwaard | Herculesplein 379 | 3584 AA Utrecht | tel. 030-2736160 | fax. 030 2144115 |

Personalia		Ruimte niet beschrijven Ruimte bestemd voor Apotheek Koert ZZPOVE- welkomst / info
Achternaam en voorletters		
Straat en huisnummer		
Postcode en woonplaats		
Telefoonnummer(s)		
Email		
Geboortedatum/...../.....	Geslacht M / V
BSN-nummer		Verificatie: paspoort / rijbewijs nr:
Zorgverzekeraar + nummer		
Naam huisarts:		Oude apotheek:
Plaats huisarts:		Plaats:

Behandelovereenkomst

Wanneer u Apotheek Koert als vaste apotheek wenst te gebruiken gaat u automatisch een behandelrelatie volgens de WGBO met ons aan. Deze behandelrelatie brengt wettelijk gezien direct rechten en plichten met zich mee voor zowel u als Apotheek Koert. Wij garanderen dat wij over uw geneesmiddelengebruik waken. Wij willen u er op wijzen dat u echter ook zelf verantwoordelijk bent voor het doorgeven van wijzigingen in uw geneesmiddelgebruik die door uzelf of een andere zorgverlener zijn geïnitieerd. Wij wijzen u ook op onze algemene leveringsvoorwaarden welke u kunt opvragen in de apotheek.

Overzicht van uw medicijngebruik

Wij willen u zo goed mogelijk kunnen informeren over een optimaal en veilig medicijngebruik. Daarom is het van belang dat wij een actueel overzicht hebben van de geneesmiddelen die door u of overige leden van uw gezin gebruikt worden. Wij vragen u ons toestemming te geven om deze belangrijke gegevens met andere zorgverleners te communiceren.

Chronische ziekten, overgevoeligheden, zwangerschap en kinderwens

Het is van belang dat wij u kunnen adviseren over het gebruik van een voorgeschreven middel in combinatie met bepaalde chronische ziekten of overgevoeligheden, of in combinatie met zwangerschap of kinderwens. Om deze medicatiebegeleiding goed uit te kunnen voeren is het van belang dat u ons hierover informeert.

Privacyregeling en klachten

Wij garanderen u, dat wij de privacywetgeving zorgvuldig zullen toepassen. Indien u klachten heeft betreffende de apotheek, kunt u dit mondeling of schriftelijk bij ons melden met behulp van een klachtenformulier. Deze kunt u met een van onze medewerkers invullen.

Medicijngebruik	Reden	Aandoeningen		
1		O Hartaandoening	O Astma /COPD	
2		O Diabetes	O Trombose	
3		O Maagzweer	O Nierschade	
4		Zwangerschap/borstvoeding/kinderwens		

* Gebruikt u cytostatica of immunomodulantia, noteer dan ook uw lengte en lichaamsgewicht. Gewicht:kg Lengtecm

Overgevoeligheden, intoleranties en bijwerkingen voor geneesmiddelen

1		3	
2		4	

Ik ben geïnformeerd en ga er wel / niet mee akkoord dat het medicatiedossier en bijbehorende labwaarden van mij door andere artsen en andere apotheken kan worden ingezien en uitgewisseld via het LSP, mits er een zorgvraag is. Tevens geef ik wel / niet toestemming aan mijn oude apotheek om het medicatiedossier over te dragen naar Apotheek Koert.

Naam:	Plaats: Datum:	Handtekening:
-------	-------------------	---------------

-----Gedeelte voor de apotheek-----

Bovenstaande cliënt wenst over te stappen naar onze apotheek en is door ons geïnformeerd over wat deze overstap inhoudt.

- Graag ontvangen wij van u het volledige medicatiedossier (incl. intoleranties en contra-indicaties) van de cliënt(en) en. Tevens verzoeken wij u deze cliënt(en) WEL/NIET bij u uit te schrijven.
- Wij verzoeken u deze cliënt(en) bij u uit te schrijven. Wij hebben het medicatiedossier van de cliënt(en) reeds overgenomen via het LSP. Bij voorbaat dank voor uw medewerking. Met vriendelijke groet, medewerkers Apotheek Koert