

**Inschrijfformulier (Vertrouwelijk)**

Dr. Hemels Apotheken – Panhuis 54 – 6941BZ Didam

tel: 0316-224243 fax: 0316-294231

**Persoonsgegevens**

Voorletter(s)	Achternaam	BSN	Geslacht*	Geboortedatum (dag/mnd/jr)	Huisarts
			M / V		

\*Doorhalen wat niet van toepassing is

**Adresgegevens**

Straat en huisnummer	Postcode	Woonplaats

Telefoonnummer (mobiel)	Telefoonnummer (vast)	E-mailadres

Ik wil graag een **SMS ontvangen** als de medicatie klaarligt. U krijgt dan een SMS-code waarmee u uw medicatie via onze uitgifte-robot (Pharmaself<sup>®</sup>) 24-uur per dag uw medicatie kan ophalen: JA / NEE.

**Verzekeringsgegevens**

Zorgverzekeraar (naam)	Verzekeringsnummer

**Gegevens medicatie en gezondheid. We gebruiken deze informatie voor veilige medicatie voor u en uw gezin.**

Allergieën/Overgevoeligheden (voor antibiotica, andere medicatie, voedingsmiddelen etc.)	Chronische aandoeningen	Zwangerschap?
		Ja / Nee Uitgerekende datum:

**Gezinssamenstelling (thuiswonende leden van het gezin).**

Nr	Voorletters, roepnaam	Achternaam	Geslacht*	Geboortedatum (dag/mnd/jr)	Huisarts	Allergieën/Overgevoeligheden, aandoeningen, zwanger?
1			M / V			
2			M / V			
3			M / V			
4			M / V			

\*Doorhalen wat niet van toepassing is.

Toestemming gegevensdeling (zie ook onze informatie over uw privacy)

**JA NEE**

Ik geef toestemming om mijn gegevens op te vragen bij mijn vorige apotheek <b>Naam en plaats apotheek:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik geef toestemming voor opvragen van labwaarden na onderzoek t.b.v. veilige medicatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik geef toestemming mijn gegevens te delen met andere zorgverleners (huisarts, specialist, fysiotherapeut, evt. collega-apotheken etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik geef toestemming om mijn <u>e-mailadres</u> door te geven aan een onderzoeksbureau (Qualizorg) voor het toesturen van een klantvervalsingsonderzoek. Qualizorg gebruikt uw mailadres alleen voor dit doel en niet voor commerciële doelen. U helpt zo onze diensten te verbeteren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Door ondertekening van dit formulier geeft u de apotheek toestemming om uw gegevens op te nemen en te gebruiken

in ons eigen systeem, voor een goede dienstverlening, informatie over uw medicijnen, medicatiebewaking en declaratie bij uw verzekeraar

**Datum:****Invullen door apotheekmedewerker:****Handtekening:****Verwerkt op (datum):****Paraaf:**