

OVERSCHRIJVING APOTHEEK

Onderstaande personen willen zich inschrijven bij apotheek Koeweide.

voorletters + achternaam	geboortedatum	BSN nummer	handtekening
1-
2-
3-
4-
5-

Adres:

Telefoonnummer:

E-mailadres:

Huidige apotheek van inschrijving:

Wilt u uw medicijnen altijd thuis laten bezorgen? ja / nee

Wilt u gebruik maken van de automatische herhaalservice? ja / nee

Geeft u toestemming voor de overdracht van uw medicatiegegevens aan artsen/specialisten, zorginstellingen (bijv. ziekenhuis) en overige zorgverleners ten behoeve van uw behandeling? ja / nee

Wilt u uw medicijnen via de 24-uurs uitgifteautomaat ontvangen? ja / nee

Hebt u specifieke wensen of opmerkingen ten aanzien van uw medicijnen? Deze kunt u op de achterkant van dit formulier noteren.

Dit formulier graag inleveren bij apotheek Koeweide. Apotheek Koeweide verzorgt de verdere afhandeling van de overschrijving.