



1 **PERSOONLIJK GEGEVENS**

Voornaam Tussenvoegsel

Achternaam Meisjesnaam

BSN nr Geboortedatum

Mobiel telefoonnummer M V

2 **CONTACTGEGEVENS EN AFLEVERADRES**

Telefoonnummer voor intake E-mail adres

Hoofd adres

Straatnaam Huisnr + toevoeging

Postcode Plaats

Afwijkend afleveradres

Straatnaam Huisnr + toevoeging

Postcode Plaats

3 **ZORGVERLENERS**

Lokale apotheek Plaats

Huisarts Plaats

Naam Specialist Ziekenhuis

4 **INTAKEGESPREK**

Op welke dag(en) bent u beschikbaar voor een intakegesprek? Over de definitieve dag en tijd wordt na aanmelding nog contact met u opgenomen.

Maandag	<input type="checkbox"/> Ochtend	<input type="checkbox"/> Middag
Dinsdag	<input type="checkbox"/> Ochtend	<input type="checkbox"/> Middag
Woensdag	<input type="checkbox"/> Ochtend	<input type="checkbox"/> Middag
Donderdag	<input type="checkbox"/> Ochtend	<input type="checkbox"/> Middag

5

UW MEDICATIE

	Naam geneesmiddel en sterkte	Dosering per dag	Tijdstip inname	Voorraad thuis
1	_____	_____	_____	_____
2	_____	_____	_____	_____
3	_____	_____	_____	_____
4	_____	_____	_____	_____
5	_____	_____	_____	_____
6	_____	_____	_____	_____
7	_____	_____	_____	_____
8	_____	_____	_____	_____
9	_____	_____	_____	_____
10	_____	_____	_____	_____

Wilt u een medicatie rol? ja nee

6

BELANGRIJKE GEGEVENS VOOR MEDICATIEBEWAKING

Alergieën: Gluten Lactose Overige

Medicatie allergieën: _____

7

OVERIGE INFORMATIE/OPMERKINGEN: _____

8

TOESTEMMING

Ondergetekende verzoekt de apotheek de geneesmiddelen, indien mogelijk, door de brievenbus te doen en aanvaardt alle daaraan verbonden risico's. Tevens draag ik zorg dat geneesmiddelen niet bereikbaar zijn voor huisdieren en kinderen. Artikelen die de apotheek niet in de brievenbus bezorgt, zijn artikelen met bijzondere bewaarcondities zoals koelkastproducten en producten met een afwijkende afmeting zodat bezorgen via brievenbus niet mogelijk is.

ja nee

Ik geef toestemming aan ADD Apotheek om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners, zoals de doktersdienst en/of het ziekenhuis. Voor meer informatie raadpleeg volgjezorg.nl

ja nee

Ik geef toestemming aan de apotheker voor het inzien van de laboratoriumuitslagen en ziektebeelden om een goede inhoudelijke analyse en bewaking van mijn medicatiegebruik te kunnen maken.

ja nee

Naam _____

Datum _____ Plaats _____

9

OPSTUREN

Stuur dit formulier per e-mail naar add@ezorg.nl