**Aanmeldformulier Herhaalservice**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Naam |  | | | |
| Geboortedatum |  | | | |
| E-mail |  | | | |
| Telefoonnummer |  | Mobiele nummer |  | |
| Ik geef toestemming aan de apotheek om mijn laboratoriumwaarden te raadplegen ten behoeve van een goede medicatiebewaking. | | | | **JA**  **NEE** |
| Ik wil graag gebruik maken van de medicijnkluis zodat ik 24/7 mijn medicatie kan halen via een code (realisatie medio 2020) | | | | **JA**  **NEE** |

Hierbij geef ik (zie bovenstaande gegevens) te kennen, gebruik te willen maken van de herhaalservice van Apotheek Julianadorp.

De apotheek zal bij mijn huisarts: ………………………………………………….., de herhaalrecepten aanvragen die nodig zijn voor levering van mijn herhaalmedicatie.

Ik zal wijzigingen in mijn medicijngebruik zo spoedig mogelijk doorgeven aan de apotheek zodat deze op de hoogte is van mijn actuele medicijngebruik. Ook zal ik de apotheek op de hoogte brengen van medicatie die ik in een andere apotheek of bij een drogist ophaal.

Op elk gewenst moment kan ik mijn deelname aan de Herhaalservice beëindigen.

Datum en plaats:

Handtekening:

Zou u uw voorraad willen tellen zodat we uw medicatie kunnen gelijktrekken.

De teldatum is:……………………………………………………

De voorraad van dagelijkse medicatie kunt u op de achterkant vermelden.

Als u een innameschema heeft ontvangen kunt u bij bijzonderheden het aantal stuks noteren en het gebruik controleren. Geef op het schema aan als het gebruik niet klopt.

Het ingevulde formulier kunt u inleveren in de apotheek of in de brievenbus van de apotheek doen.

Het neemt enige tijd in beslag om de aanvraag te verwerken. Wij nemen met u contact op wanneer de eerste levering is. Mocht u voor de eerste levering medicatie nodig hebben, dan graag zelf nog een recept regelen bij uw huisarts.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Geneesmiddel** | **Gebruik** | **Aantal stuks in huis** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |