



Driebergse Apotheek

Intakeformulier passant

Persoonsgegevens:

Naam.....geslacht: M / V

Straat.....

Postcode.....Woonplaats

Geboortedatum Telefoonnummer.....

Burgerservicenummer (BSN)

Verzekeraar:

1. Om ervoor te zorgen dat u de voor u geschikte medicijnen krijgt, is het van belang dat u hieronder aangeeft of u één of meerdere overgevoeligheden of aandoeningen heeft. (bijv. hoge bloeddruk, suikerziekte, koemelkallergie, astma)

.....
.....

2. Bent u overgevoelig of bekend met bijwerkingen voor bepaalde geneesmiddelen of hulpstoffen? (bijv. penicilline)

Geef dat dan hieronder aan:

.....
.....

3. Gebruikt u regelmatig geneesmiddelen, dan kunt u hieronder de namen van de geneesmiddelen aangeven en eventueel het gebruik. Denkt u hierbij ook aan alternatieve / homeopathische en/of zelfzorg geneesmiddelen.

Geneesmiddel	Sterkte	Gebruik per dag/week
--------------	---------	----------------------

.....
.....
.....
.....
.....

4. Bent u zwanger? Ja / Nee Uitgerekende datum:

5. Geeft u borstvoeding? Ja / Nee

Opt-in: Gaat u ermee akkoord dat de Driebergse Apotheek relevante informatie over uw medicatie uitwisselt met belanghebbende zorgverleners, zoals uw eigen apotheek, een dienstapotheek of uw huisarts? Ja / Nee

Indien Ja, uw eigen apotheek is:

Indien Nee: patiënt is zelf verantwoordelijk voor het doorgeven van deze informatie.

Datum:

Handtekening:.....