# F 2011.4 Formulier inschrijving nieuwe client en Toestemming uitwisseling gegevens versie 2

****

De Biezenkamp 150

3831 JA Leusden

Tel: 033-4942303

Fax: 033-4325472

[bestellingen@apotheekdetolgaarde.nl](mailto:bestellingen@apotheekdetolgaarde.nl)

Via dit formulier kunt u zich inschrijven in de apotheek. Voor informatie over de apotheek, dossiervorming, verkoopvoorwaarden en privacy verwijzen wij u naar onze website.

Voor elk gezinslid dient een apart formulier te worden ingevuld.

**Persoonlijke gegevens:**

Voorletters en Achternaam Geboortedatum Geslacht BSN

-------------------------------- ------------------ M/V ------------------------

Huisarts: Verzekeringsmaatschappij Polisnummer

-------------------------------- ------------------------------------- ------------------------

Adres: --------------------------------------------------------------------------------------------------------

Postcode/woonplaats: -----------------------/ -------------------------------------------------------------

Telefoon/mobiele nummer: -----------------------------/-------------------------------------------------

E-mailadres: -------------------------------------------------------------------------------------------------

**Chronische ziekten, overgevoeligheden, zwangerschap, kinderwens, borstvoeding?**

**Door ondertekening van dit formulier geeft u tevens aan dat u toestemming geeft voor het opvragen van uw medicatiedossier bij uw huidige apotheek en voor het uitwisselen van relevante gegevens met andere zorgverleners, huisarts en laboratoria.**

**Uw huidige apotheek:**

Naam: Apotheek de Hamershof / Apotheek Tabaksteeg / --------------------------------------------

Plaats: --------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Privacy**

Wij gaan vertrouwelijk met uw gegevens om. Voor meer informatie over dit onderwerp verwijzen wij u naar de folder “Persoonsgegevens, medicijnen en uw privacy” van de KNMP, [www.apotheek.nl](http://www.apotheek.nl)

Of vraag uw apotheker om informatie.

**Akkoord:**

Datum en handtekening cliënt

----------------------------------------