



Verklaring verstrekking medicatiegegevens aan derden

IEMAND ANDERS MACHTIGEN

Wilt u dat iemand anders uw medicijnen of gegevens komt ophalen? Dan moet u hiervoor toestemming geven.

HOE WERKT HET?

1. Bent u 16 jaar of ouder? Dan kunt u gebruik maken van deze machtiging.
2. Bij kinderen van 12 tot 16 jaar dient het formulier door beiden ondertekend te worden.
3. Vul dit formulier volledig in en onderteken het.
4. Lever dit formulier in bij uw Alphega apotheek.
5. Als u als gemachtigde gegevens komt ophalen voor een ander, neem dan altijd een geldig legitimatiebewijs mee.

UW GEGEVENS

Voornaam en achternaam

Straatnaam en huisnummer

Postcode en woonplaats

Geboortedatum

BSN nummer *(alleen de laatste vier cijfers noteren)*

Telefoonnummer

E-mail

IK GEEF TOESTEMMING AAN (DE GEMACHTIGDE)

Voornaam en achternaam

Geboortedatum

BSN nummer *(alleen de laatste vier cijfers noteren)*

Paspoort/Rijbewijs/ID-kaart nummer *(alleen de laatste vier cijfers noteren)*

IK GEEF TOESTEMMING VOOR HET VERSTREKKEN VAN

☐ Medicijnpaspoort/actueel medicijnoverzicht

DUUR VAN MACHTIGING

- ☐ Eenmalige toestemming
- ☐ Doorlopende toestemming
- ☐ Toestemming vantot

Datum..... Handtekening.....

Datum..... Handtekening gemachtigde

In te vullen door de apotheek:

Eenmalige verstrekking

☐ ID controle

Doorlopende toestemming/ toestemming voor periode:

☐ ID controle

☐ Voer zorgregel "zz machtiging medicatie-overzicht. En meld in gebruik de periode

☐ Vermeld in de memo de toestemming, door wie en periode