**INTAKEFORMULIER HERHAALGEMAK**

Naam:

Adres:

Geboortedatum:

Datum intakegesprek:

Medewerker apotheek:

Huisarts:

Patiënt ontvangt informatie via: e-mail / telefoon:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Verklaring**

Apotheek Tabaksteeg heeft helder uitleg gegeven over de inhoud van herhaalgemak. Als ik vragen heb, zal ik contact opnemen met mijn apotheek.

Ook geef ik hierbij toestemming aan Apotheek Tabaksteeg voor het leveren van herhaalmedicatie via herhaalgemak.

**Ik ontvang de medicijnen elke 30 / 90 / …. Dagen.**

**De medicijnen kom ik zelf halen/ worden thuis bezorgd**

De Apotheek zal bij de huisarts de herhaalrecepten aanvragen die nodig zijn voor levering van mijn herhaalmedicatie. Om de veiligheid van mijn medicijnen te bevorderen, zal ik wijzigingen in mijn medicijngebruik zo spoedig mogelijk doorgeven aan de apotheek. Ook zal ik de apotheek op de hoogte brengen van geneesmiddelen die ik in een andere apotheek of bij een drogist ophaal en zal ik de apotheek op de hoogte brengen wanneer ik in het ziekenhuis opgenomen wordt en ben geweest.

**Handtekening**

……………………………………………………………

**AFSPRAKEN**

Geneesmiddelen die worden opgenomen in proactief herhalen

Bijzonderheden

Vragen/opmerkingen patiënt