

TOESTEMMINGSVERKLARING

Medicatie-overdracht

Voor het uitvoeren van een correcte medicatiebewaking bij het leveren van uw geneesmiddel is het noodzakelijk dat wij uw medicatiegegevens opvragen bij uw huisapotheek en deze gegevens vastleggen in ons systeem. Zo kunnen wij uw geneesmiddelen op correcte wijze leveren. Wij vragen u vriendelijk hiertoe deze toestemmingsverklaring in te vullen en te ondertekenen.

TOESTEMMING

Ik geef toestemming aan:

Bereidingsapotheek Losser
Arendstraat 14 -16
7581 ET Losser

Mediq Pharma Services
Archimedesbaan 26 A
3439 ME Nieuwegein

om mijn medicatiegegevens bij mijn huisapotheek op te vragen en deze gegevens vast te leggen in hun digitale systeem. Hierbij gaat het om het chronologisch overzicht van alle verstrekte medicatie. Deze gegevens worden uitsluitend gebruikt voor het bewaken van mijn medicijngebruik. Ik mag de gegevens inzien, net als de hierboven genoemde apotheken en mijn behandelend arts(en). De declaraties mogen worden gestuurd naar mijn zorgverzekeraar. Het is niet toegestaan de gegevens zonder mijn uitdrukkelijke toestemming te delen met anderen dan de hiergenoemde personen en instanties. Ik verzoek mijn huisapotheek mijn medicijngegevens aan de hierboven genoemde apotheken te verstrekken.

GEGEVENS HUISAPOTHEEK:

Apotheek _____ Plaats _____

MIJN GEGEVENS:

Naam _____ Voorletters _____ M V

Woonplaats _____ Geboortedatum _____

Datum _____ Handtekening _____