

Toestemmingsverklaring ophalen door derden

Wilt u dat iemand anders uw medicijnen of (medicatie)gegevens kan ophalen bij Apotheek Axel? Dan moet u hier toestemming voor geven!

Hoe werkt het?

1. Bent u 16 jaar of ouder? Dan kunt u gebruik maken van deze toestemmingsverklaring.
2. Vul de voorzijde van dit formulier volledig in. Wilt u als gezin/woonverband elkaar doorlopende toestemming verlenen, vul dan gezamenlijk de achterzijde van dit formulier in.
3. Lever het formulier in bij Apotheek Axel.
4. Degene die u machtigt, moet altijd een **geldig legitimatiebewijs** meebrengen als hij/zij uw medicijnen of (medicatie)gegevens komt ophalen. Zonder geldig legitimatiebewijs kunnen wij de medicijnen of gegevens niet overhandigen.

Uw gegevens:

- Voorletter(s) en achternaam: _____
- Geboortedatum: _____
- BSN nummer: _____

Ik geef toestemming aan (de gemachtigde):

- Voorletter(s) en achternaam: _____
- Geboortedatum: _____

Duur van de toestemming:

- Eenmalige toestemming
- Doorlopende toestemming
- Toestemming van _____ tot _____ (data invullen)

Ik geef toestemming voor het ophalen van: (kruis aan wat van toepassing is)

- Medicijnen
- Toedienlijst
- Medicijnpaspoort
- Actueel medicijnoverzicht
- Anders, namelijk _____

Uw toestemming zal niet voor andere doeleinden gebruikt worden. Wij verstrekken alleen uw medicijnen of gegevens aan de persoon die u gemachtigd heeft. U blijft zelf aanspreekpunt voor de farmaceutische zorgverlening. Wilt u de toestemming intrekken? Dat kan altijd. Neem dan contact op met Apotheek Axel.

Datum: _____ Handtekening: _____

Als gezin/woonverband, verklaren wij over en weer **doorlopende** toestemming aan elkaar te geven, voor het ophalen van medicatie en medicatiegegevens.

- Voorletter(s) en achternaam: _____
- Geboortedatum: _____
- BSN nummer: _____

Datum: _____ Handtekening: _____

- Voorletter(s) en achternaam: _____
- Geboortedatum: _____
- BSN nummer: _____

Datum: _____ Handtekening: _____

- Voorletter(s) en achternaam: _____
- Geboortedatum: _____
- BSN nummer: _____

Datum: _____ Handtekening: _____

- Voorletter(s) en achternaam: _____
- Geboortedatum: _____
- BSN nummer: _____

Datum: _____ Handtekening: _____

- Voorletter(s) en achternaam: _____
- Geboortedatum: _____
- BSN nummer: _____

Datum: _____ Handtekening: _____

- Voorletter(s) en achternaam: _____
- Geboortedatum: _____
- BSN nummer: _____

Datum: _____ Handtekening: _____