

Inschrijfformulier "Nieuwe cliënten"



Poliklinische apotheek

Alrijne Ziekenhuis

Hierbij wil ik mij graag als vaste patiënt inschrijven bij de Alrijne Apotheek:

Achternaam + Voorletters: m/v
Geboortedatum: / /
BSN – Nummer: (controle op: ID-Kaart / Paspoort / Rijbewijs)

Straat : Huisnummer:
Postcode: Woonplaats:
Telefoonnummer: Mobiel:
E-mail adres :

Naam huisarts: Plaats:

Bent u allergisch voor geneesmiddelen of stoffen? Zo ja, welke?

.....
.....
.....

Zijn er ziekten waarmee wij rekening moeten houden (bijv. hoge bloeddruk, suikerziekte)? Zo ja, welke?

.....
.....
.....

Gebruikt u vrij verkrijgbare geneesmiddelen? Zo ja, welke:

.....
.....

De Alrijne Apotheek is vanaf nu mijn vaste apotheek (bronapotheek).

Naam vorige apotheek: Plaats:

Datum: Handtekening:.....

Inschrijfformulier “Nieuwe cliënten”



Poliklinische apotheek

Alrijne Ziekenhuis

Patiëntetiket

Bovenstaande patiënt heeft zich ingeschreven als vaste patiënt bij de Alrijne Apotheek.
Hij / zij heeft aangegeven akkoord te gaan met het opvragen van de medicatiegegevens bij uw apotheek.

Wilt u de volledige patiënthistorie over de afgelopen 6 maanden faxen?

- Alrijne Apotheek Leiderdorp (gezondheidscentrum) **Fax: 071 – 541 6227**
- Alrijne Apotheek Leiderdorp (poli) **Fax: 071 – 582 8985**
- Alrijne Apotheek Leiden **Fax: 071 – 517 8199**

Graag verzoeken wij u de patiënt uit te schrijven.
De schriftelijke verklaring van de patiënt is bij ons aanwezig en opvraagbaar.

Bij voorbaat dank,

Team Alrijne Apotheek

Alrijne Apotheek Leiderdorp, telefoonnummer 071 – 589 0000
Alrijne Apotheek Leiden, telefoonnummer 071 – 517 8190