

BELANGRIJK BERICHT

Geachte heer/mevrouw,

Er is een nieuwe verordening (AVG) waardoor wij persoonsgegevens als geneesmiddelen, persoonlijke bijsluiters, medicatieoverzichten, uitslagen e.d., niet meer mee mogen geven aan iemand anders dan voor wie het bedoeld is.

(uitgezonderd ouders met kinderen tot de leeftijd van 16 jaar).

Indien u niet in de gelegenheid bent om uw geneesmiddelen e.d. zelf op te halen, dan kunt u hiervoor iemand machtigen.

Wij registreren in de computer de door u gemachtigde persoon, zodat deze persoon uw medicatie kan blijven ophalen. In uitzonderlijke gevallen zullen wij aan deze persoon vragen zich te legitimeren.

Wij vinden het ontzettend vervelend dat we het u zo moeilijk moeten maken. Helaas is de wetgeving niet anders.

Hartelijk dank voor uw begrip en medewerking.

Met vriendelijke groet,

Dokters en assistentes van apotheekhoudende huisartsenpraktijk Koudum/Wijckel


TOESTEMMINGSVERKLARING

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 toestemmingsverklaring.
2. Vul dit formulier **volledig** in en lever het in op de praktijk, wij verwerken dit in de computer.
3. Als u als gemachtigde, medicijnen of gegevens komt ophalen, neem dan een geldig legitimatiebewijs mee. Zonder geldig legitimatiebewijs kunnen wij in principe de medicijnen of gegevens niet overhandigen.

**GEGEVENS TOESTEMMINGSVERLENER**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Naam: |  | Voorletters: |  |
| Adres:  |  |
| Woonplaats: |  | Postcode: |  |
| Geboortedatum: |  |
| Telefoonnummer: |  |

**GEGEVENS GEMACHTIGDE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Naam: |  | Voorletters: |  |
| Adres:  |  |
| Woonplaats: |  | Postcode: |  |
| Geboortedatum: |  |
| Telefoonnummer: |  |

Ik geef toestemming voor het verstrekken van:

* Medicijnen
* Medicijnpaspoort
* Toedienlijst
* Actueel medicijnoverzicht
* Anders, namelijk …………………………………………………………………………………………

Wij verstrekken alleen uw medicijnen of gegevens aan de persoon die u gemachtigd heeft. U blijft zelf aanspreekpunt voor de farmaceutische zorgverlening.

Plaats en datum: …………………………………………… Handtekening: ………………………………………

Plaats en datum: …………………………………………… Handtekening: ………………………gemachtigde