

Apotheek....
...Tel:
Fax:**Vragenformulier bij inschrijving**

Persoonlijke gegevens:		Voorletters	Geb.Dat	Naam Huisarts	
1	naam hoofdverzekerde			man vrouw	
2	naam echtgeno(o)t(e)/meisjesnaam geh. vrouw			man vrouw	
3	naam kind			man vrouw	
4	naam kind			man vrouw	
5	naam kind			man vrouw	
6	naam kind			man vrouw	

Adres:

Straatnaam	Huisnr	Postcode	Woonplaats
------------	--------	----------	------------

Telefoon/ Emailadres/ Bankrekening

Telefoon	Emailadres	Bank/giro rekening nummer	Naam bank/giro
----------	------------	---------------------------	----------------

Verzekeringsgegevens hoofdverzekerde: (aankruisen welke personen op deze polis zijn verzekerd)

Verzekerings- maatschappij	Ziekenf. Part.	Polisnummer	2	3	4	5	6
-------------------------------	-------------------	-------------	---	---	---	---	---

Indien afwijkend van hoofdverzekerde, overige verzekeringen:

Verzekerings- maatschappij	Ziekenf. Part.	Polisnummer	2	3	4	5	6
-------------------------------	-------------------	-------------	---	---	---	---	---

Verzekerings- maatschappij	Ziekenf. Part.	Polisnummer	2	3	4	5	6
-------------------------------	-------------------	-------------	---	---	---	---	---

Betaalwijze:

- rechtstreeks naar verzekeringsmaatschappij (indien mogelijk formulier voor apotheek meezenden)
 kontant (U ontvangt een contantnota in duplo)
 op rekening (machtiging voor automatische incasso, zal worden verleend)
 (verzekerden op een andere polis dan de hoofdverzekerde, krijgen een afzonderlijke rekening)

Medische gegevens t.b.v. de medicatiebewaking:

Moet bij een of meer gezinsleden rekening gehouden worden met een of meer van de genoemde items?
 Gaarne de betrokken personen aangeven met geboortedatum en voorletters

	Geb.dat.	Voorl	Geb.dat	voorl
<input type="checkbox"/> Verhoogde oogbldruk (glaucoom)	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Suikerziekte (insuline afhankelijk)	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Suikerziekte (ouderdomsdiabetes)	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Hoge bloeddruk (hypertensie)	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Gebruik van bloedverdunnende middelen	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Overgevoeligheid voor penicillines	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Overgevoeligheid voor.....	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Overgevoeligheid voor.....	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Overgevoeligheid voor.....	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Anders, nl.....	_____	_____	_____	_____

Bovenstaande gegevens vallen onder onze plicht tot geheimhouding en zullen alleen worden gebruikt ten behoeve van de farmaceutische zorg voor genoemde personen, conform de privacy wetgeving.