



Contract Medicatierol

Achternaam: _____

Voorletter(s): _____

Straat: _____

Woonplaats: _____

Geboortedatum: ____ - ____ - ____

Telefoonnr: _____

Contactpersoon

U kunt een andere persoon aanwijzen die u meehelpt met het regelen van uw medicatie. Dan gaat u ermee akkoord dat zorgverleners (arts, apotheek, ziekenhuis), zo nodig contact opnemen met deze contactpersoon (familie, vrienden of thuiszorg) die alle informatie mag krijgen over de medicatie.

Contactpersoon: _____

Telefoon nr: _____

Dhr/Mevr gaat akkoord met het aanwijzen van deze contactpersoon: ja/nee

Meerprijs

Met een medicatierol mag wekelijks of twee wekelijks gedeclareerd worden ipv maandelijks of driemaandelijks. Dit omdat er ook wekelijks werk voor moet worden verricht. Zoals bijvoorbeeld controle ivm wijzigingen, versturen van de gegevens, controle van de zakjes, bezorgen.

Dhr/Mevr gaat akkoord met de meerprijs: ja/nee

Jaarlijkse controle

Een keer per jaar zal uw medicatie door de apotheker worden gecontroleerd op gebruik, dosering, combinaties en dergelijke. Wanneer de apotheker hierbij bijzonderheden ontdekt of aanvullende informatie nodig heeft van de voorschrijver, zal contact worden opgenomen met de voorschrijver en zo nodig met u worden overlegd.



Dhr/Mevr gaat akkoord met deze controle:

ja/nee

Bijsluiters

De eerste medicatierol wordt geleverd met alle bijsluiters.

Voor recente bijsluiters heeft u twee keuzes:

1. Ik wil graag elk jaar nieuwe bijsluiters van de apotheek krijgen. ja/nee
2. Ik heb niet elk jaar nieuwe bijsluiters nodig, ik kijk op de website:
www.apotheek.nl Hierin staan alle nieuwste bijsluiters. ja/nee

Toedieningslijst

Al de thuiszorg u helpt bij het innemen van de medicatie, dan kunnen ze gebruik maken van een toedieningslijst. Hierop kan de thuiszorg noteren welke medicatie u per dag gekregen heeft. Dit kan ook handig zijn voor iemand anders die u helpt.

Dhr/Mevr wil graag bij elke medicatierol een toedieningslijst:

ja/nee

Ondertekening

Dhr/Mevr gaat akkoord met de voorwaarden, en geeft ook toestemming tot het uitwisselen van gegevens over medicatie en labwaarden tussen de apotheek en andere zorgverleners.

Handtekening: _____

Naam: _____

Datum: _____