**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.
3. Lever het formulier in bij uw Apotheek.
4. Als u als gemachtigde medicijnen of gegevens komt ophalen voor een ander, neem dan altijd een geldig legitimatiebewijs mee. Zonder geldig legitimatiebewijs kunnen wij de medicijnen of gegevens niet overhandigen.

Uw gegevens:

Voornaam en achternaam:………………………………………………………………………………

Straatnaam en huisnummer:……………………………………………………………………………

Postcode en woonplaats:………………………………………………………………………………..

Geboortedatum:…………………………………………………………………………………………..

BSN:………………………………………………………………………………………………………..

Telefoonnummer:…………………………………………………………………………………………

E-mail:……………………………………………………………………………………………………..

Ik geef toestemming aan (de gemachtigde):

Voornaam en achternaam:………………………………………………………………………………

Geboortedatum:…………………………………………………………………………………………..

BSN:………………………………………………………………………………………………………..

**Duur van machtiging:**

* Eenmalige toestemming
* Doorlopende toestemming
* Toestemming van ………………………………………….tot………………………………………

**Ik geef toestemming voor het verstrekken van:**

* Medicijnen o Toedienlijst
* Medicijnpaspoort o 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. Toestemming intrekken? Dat kan altijd. Neem dan contact op met uw Apotheek.

**Plaats en datum:**…………………………..**Handtekening**:…………………………………………….

**Plaats en datum**:…………………………..**Handtekening** **gemachtigde**:…………………………….