

MACHTIGING

Met deze machtiging geeft u toestemming aan iemand anders om medicijnen of gegevens van u op te halen. Het document is geldig vanaf 16 jaar. Tussen 12 en 16 jaar moeten zowel ouder als kind tekenen.

UW GEGEVENS

Voornaam en achternaam	
Straatnaam en huisnummer	
Postcode en woonplaats	
Geboortedatum	
BSN nummer	(laatste 4 cijfers)
Telefoonnummer	
E-mail	

IK GEEF TOESTEMMING AAN (DE GEMACHTIGDE)

Voornaam en achternaam	
Geboortedatum	
BSN nummer	(laatste 4 cijfers)
Paspoort/ID-kaart nummer	(laatste 4 cijfers)

DUUR VAN MACHTIGING

U kan uw toestemming altijd weer intrekken. Neem daarvoor contact op met de apotheek

- ☐ eenmalige toestemming
☐ doorlopende toestemming
☐ toestemming van _____ tot en met _____

IK GEEF TOESTEMMING VOOR HET VERSTREKKEN VAN

- ☐ medicijnen
☐ medicijnpaspoort
☐ actueel medicatieoverzicht

Plaats en datum

Handtekening

Plaats en datum

Handtekening gemachtigde

Paraaf apothekersassistent voor verificatie identiteit patiënt
