**IEMAND ANDERS MACHTIGEN**

**UW GEGEVENS**

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

Geboortedatum……………………………………………………….………………………………………….………………………………………….………………………………

BSN-nummer………………………………….………………………………………….………………………………………….………………………………………….………….…

**IK GEEF TOESTEMMING AAN (DE GEMACHTIGDE**)

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

Geboortedatum……………………………………………………….………………………………………….………………………………………….………………………………

BSN-nummer………………………………….………………………………………….………………………………………….………………………………………….………….…

**DUUR VAN MACHTIGING**

O Eenmalige machtiging (geldig gedurende 1 week na datum ondertekening)

O Doorlopende toestemming

O Toestemming van ………………………… Tot …………………….

**IK GEEF TOESTEMMING VOOR HET VERSTREKKEN VAN**

O Medicijnoverzichten (medicijnpaspoort, aftekenlijst medicijnen)

O 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

………………………………………………. …………………………………………………..