

Universitaire Poliklinische Apotheek, locatie VUmc

# Verklaring verstrekking medicatie(gegevens) aan derden, poliklinische apotheek locatie VUMC

Medicatie en medicatiegegevens zijn privacygevoelig. Alleen met uw toestemming verstrekt onze apotheek deze aan iemand anders dan uzelf. Deze toestemming is anders dan de toestemming die u eventueel gegeven heeft voor het beschikbaar stellen van uw medicatie-gegevens aan andere zorgverleners. Dit formulier geldt voor personen vanaf 16 jaar. Bij kinderen van 12 tot 16 jaar dient het formulier door zowel ouder als kind ondertekend te worden.

Door ondertekening van deze verklaring geef ik de **Universitaire Poliklinische Apotheek Amsterdam UMC, locatie VUmc** toestemming voor het verstrekken van mijn medicatie(gegevens) aan een door mij gemachtigde persoon.

## Gegevens aangewezen persoon die namens mij medicatie(gegevens) mag ophalen:

De gemachtigde persoon dient zich **altijd** te kunnen identificeren (ID-kaart, paspoort of rijbewijs).

Naam: \_\_\_\_\_

Adres + woonplaats: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_

## Gegevens van mijzelf (aanvrager):

Naam: \_\_\_\_\_

Adres + woonplaats: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_

E-mail adres: \_\_\_\_\_ Telefoonnummer: \_\_\_\_\_

Ik geef toestemming voor:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Medicatie   | <input type="checkbox"/> Actueel medicatieoverzicht |
| <input type="checkbox"/> Medicijnpaspoort  | <input type="checkbox"/> Anders, namelijk           |
| <br>   |   |
| <input type="checkbox"/> Eenmalige afgifte   |   |
| <input type="checkbox"/> Aangewezen persoon mag, tot nader bericht, mijn gegevens opvragen |   |

Handtekening: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_