



Datum: _____

Hierbij geef ik toestemming dat mijn Apotheek (naam+vestigingsplaats) _____
mijn persoons- en verstrekingsgegevens voor de levering van hulpmiddelen deelt met ApotheekZorg, gevestigd in Sittard.

Voorletters + achternaam: _____

Geboortedatum: _____

BSN-nummer: _____

Adres: _____

Postcode en woonplaats: _____

Telefoonnummer: _____

Telefoonnummer contactpersoon: _____

E-mailadres: _____

Zorgverzekering: _____

Handtekening: _____

Gekozen hulpmiddelen:

Diabetesmaterialen

Wondmaterialen

Incontinentiematerialen

absorberend afvoerend

Medische drinkvoeding

Einddatum laatste levering: _____

Fax de gegevens naar ApotheekZorg

Heeft uw patiënt de kaart volledig ingevuld? Fax deze overdrachtskaart naar het juiste ZorgTeam van ApotheekZorg.

Diabetes

F 088 066 03 31

Incontinentie absorberend

F 088 044 07 35

Incontinentie afvoerend

F 088 066 03 34

Wond

F 088 066 03 35