**TOESTEMMINGSVERKLARING AVG**

**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 de 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:…………………………………………………………………………………………..

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

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

Ik geef toestemming aan (de gemachtigde):

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

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

**Duur van machtiging:**

* Eenmalige toestemming
* Doorlopende toestemming

**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 ons.

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

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