



DE MATEN & DE LINIE
OOSTER-WELGELEGEN
APOTHEEK

Inschrijving herhaalservice

Graag wil ik gebruik maken van de 3 maandelijks herhaalservice

Naam:

Adres:

Tel:

Email:

Geboortedatum:

Huisarts:

De volgende medicatie wil ik in de herhaalservice.

Wilt u daarbij aangeven hoeveel tabletten/caps u van elk nog in huis heeft?

1:

2:

3:

4:

5:

6:

7:

8:

9:

10:

Ik geef hierbij de apotheek toestemming om mijn **labwaarden** en **LSP** op te vragen.

Datum:

Handtekening voor akkoord: