**‘Herhaalservice’**

**Wat is Herhaalservice?**

Herhaalservice houdt in dat alle medicijnen, die u langdurig gebruikt, elke drie maanden automatisch voor u worden klaargezet. Het recept voor deze medicijnen wordt door ons aangevraagd bij uw huisarts.

Ongeveer 2 weken voordat uw medicijnen op zijn, krijgt u bericht van ons dat de volgende levering klaarstaat.

**Starten met herhaalservice**

Als u wilt deelnemen aan Herhaalservice verzoeken wij u het ‘Intakeformulier herhaalservice’ op de achterkant van dit formulier in te vullen en af te geven bij de apotheek of te mailen naar apotheekdehamershof@xs4all.nl. Wij zorgen ervoor dat uw medicatie indien nodig gelijkgetrokken wordt.

**Let op**

* Nieuwe medicijnen worden niet automatisch toegevoegd aan Herhaalservice. Heeft u een nieuw medicijn een aantal weken geprobeerd en is de dosering stabiel, geef dit dan aan ons door. Wij bekijken dan of het medicijn mag worden toegevoegd aan de Herhaalservice.
* De herhaalservice is alleen geschikt voor medicijnen die door de huisarts worden voorgeschreven.

**Wijzigingen in uw medicijnen? Geef het aan ons door**

Als er wijzigingen zijn in uw medicijnen is het belangrijk dat u deze zo snel mogelijk aan ons doorgeeft. U kunt hierbij bijvoorbeeld denken aan medicijnen die gestopt zijn, wijzigingen in gebruik en/of sterkte of een opname in een ziekenhuis of verpleeghuis.

**Vakantie**

Bent u met vakantie op een moment dat uw medicijnen weer klaarstaan? Geef dit op tijd aan ons door. Dan krijgt u uw medicijnen eerder.

**Vragen over het herhaalservice?**

Heeft u vragen over het herhaalservice of over uw medicijnen, dan kunt u altijd contact met ons opnemen.

Met vriendelijke groet,

Team Apotheek de Hamershof

*Versie 12-09-2022*

**INTAKEFORMULIER HERHAALSERVICE**

Naam:

Etiket patiënt

Adres:

Geboortedatum:

Emailadres:

Telefoonnummer:

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

* Ik geef toestemming aan apotheek de Hamershof voor het leveren van herhaalmedicatie via herhaalservice. Ik heb de informatiebrief doorgelezen en de informatie begrepen.
* Ik geef apotheek de Hamershof toestemming laboratoriumwaarde/nierfunctie op te vragen
* Ik geef apotheek de Hamershof toestemming om mijn medische gegevens beschikbaar te stellen via het LSP

**………………………………………………………………………………..**

**Handtekening**

**Datum van tellen:**

**Aantal tabletten/capsules die u in huis heeft:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Naam medicijn** | **Dosering** | **Aantal stuks dat u nog in huis heeft** |
| *Paracetamol 500mg (voorbeeld)* | *3 x 2 (voorbeeld)* | *35 (voorbeeld)* |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |