



### Cliënt gegevens

Naam:	Geboortedatum:
Woonadres:	Telefoon:
Verzekering:	Polisnummer:
* Afhalen door Bezorgen bij	* cliënt thuiszorg

\* optie aanvinken die van toepassing is

### Contactpersoon familie

Naam:	Telefoon:
-------	-----------

### Verantwoordelijk thuiszorgmedewerk(st)er

Naam:	
06-nr:	2e tel.nr:

### Apotheek

Naam:	Apotheek Kostense		
Tel:	010 – 418 15 00	Fax:	010 – 422 39 63

### Huisarts

Naam:	Telefoon:
Verklaart dat het noodzakelijk is dat bovengenoemde verzekerde met ingang van (datum) geneesmiddelen dient te ontvangen uitgezet per 14 dagen in een baxterrol. Dit in verband met de therapietrouw.	Stempel:
Handtekening:	Datum:

Dit formulier invullen en faxen naar 010-4223963.  
Bewaren in het cliëntendossier op kantoor.