

Betreft: Verklaring verstrekking medicatie(gegevens) aan derden

Beste heer, mevrouw,

Als apotheek verstrekken wij aan u regelmatig medicatie, actuele medicatieoverzichten, reisdocumenten en medicatiehistories. We begrijpen dat niet iedereen altijd in staat is om zelf medicatie of een overzicht af te halen in de apotheek en hebben daarom een “Verklaring verstrekking medicatie(gegevens) aan derden” opgesteld. Wij gaan zorgvuldig met uw privacy om en vinden het belangrijk dat informatie over uw gezondheid en welzijn alleen met uw toestemming bij anderen bekend is.

Aan de andere zijde van deze brief vindt u een formulier. Indien u dit invult en ondertekent, kunnen we medicatie of het gevraagde overzicht aan een door u aangewezen persoon (familielid, kennis, mantelzorger) verstrekken. Voor vragen kunt u altijd contact met ons opnemen.

Met vriendelijke groet,

Team Poliklinische Apotheek UMCG

Poliklinische Apotheek UMCG  
Fonteinstraat 19  
9713 GZ  
GRONINGEN  
Tel 050-3610711  
E-mail: [contact@pka.umcg.nl](mailto:contact@pka.umcg.nl)  
Website: [www.umcg.nl/-/poliklinische-apotheek-umcg](http://www.umcg.nl/-/poliklinische-apotheek-umcg)

### Verklaring verstrekking medicatie(gegevens) aan derden

Medicatie en medicatiegegevens zijn privacygevoelig. Alleen met uw toestemming verstrekt onze apotheek deze aan iemand anders dan uzelf. Deze toestemming is anders dan de toestemming die u eventueel gegeven heeft voor het beschikbaar stellen van uw medicatiegegevens aan andere zorgverleners (apotheken, arts praktijken, ziekenhuizen). Dit formulier geldt voor personen vanaf 16 jaar. Bij kinderen van 12 tot 16 jaar dient het formulier door zowel ouder als kind ondertekend te worden.

Door ondertekening van deze verklaring geef ik **Poliklinische Apotheek UMCG** toestemming voor het verstrekken van mijn medicatie(gegevens) aan een door mij aangewezen persoon:

**Gegevens aangewezen persoon (familielid, kennis, mantelzorger) die medicatie en/of medicatiegegevens namens mij mag ophalen:**

Naam

.....

Adres + woonplaats

.....

Geboortedatum

.....

**Gegevens van mijzelf (aanvrager):**

Naam

.....

Adres + woonplaats

.....

Geboortedatum

.....

Ik geef toestemming voor:

Medicatie  Actueel medicatieoverzicht

Medicijnpaspoort  Anders, namelijk

Eenmalige afgifte

Aangewezen persoon mag, tot nader bericht, mijn medicatie of medicatiegegevens opvragen

Handtekening (voorkeur)

Mondeling

Datum

.....

.....

---

**In te vullen door de apotheek:**

Verstrekt document: AMO / medicatiehistorie / reisdocument / anders, namelijk: Eenmalige verstrekking: Tot nader order mag deze persoon afhalen:  ID-controle

ID-controle

Gegevens aangewezen persoon vastgelegd

In apotheek verwerkt door.....(paraaf) op datum .... / .... / ....