

mijn stoppen met roken-kuur bestellen

Mijn persoonlijke gegevens

Aanhef	Voorletter(s)	Voornaam
Tussenvoegsel(s)		Achternaam
Geboortedatum		BSN
Zorgverzekeraar		

Mijn contactgegevens

(Mobiel) nummer	E-mailadres
Straat & huisnummer	
Postcode & plaats	
Afwijkend afleveradres Straat & huisnummer	
Postcode & plaats	

Mijn rookgedrag

Ik rook nu per dag	<input type="radio"/> minder dan 20 sigaretten <input type="radio"/> meer dan 20 sigaretten
Ik heb al eerder geprobeerd te stoppen met roken <small>* voor vergoeding van stoppen met roken-medicatie is dit een voorwaarde</small>	<input type="radio"/> ja, met nicotinevervangers* <input type="radio"/> ja, zonder nicotinevervangers <input type="radio"/> nee
Ik stop onder begeleiding <small>* voor vergoeding is dit een voorwaarde</small>	<input type="radio"/> ja, van een huisarts, praktijkondersteuner of coach* <input type="radio"/> nee, ik wil geen begeleiding
Ik vraag aan (meerdere keuzes mogelijk) <small>* voor stoppen met roken-pillen is een recept met SMR (stoppen met roken) van je huisarts verplicht</small>	<input type="radio"/> nicotinevervangende kauwgom <input type="radio"/> nicotinevervangende pleisters <input type="radio"/> nicotinevervangende zuigtabletten <input type="radio"/> stoppen met roken-medicatie*



Mijn voorschrift *

- Ik stuur een foto van het recept of het LAN-formulier van mijn coach of huisarts naar **smr@nationale-apotheek.nl**.
-
- Ik vraag mijn huisarts of coach om het recept of formulier naar De Nationale Apotheek te sturen.
* alleen verplicht voor stoppen met roken-pillen (werkzame stof: varenicline, nortityline of bupropion)
-

Mijn zorgverleners

Huidige apotheek Plaats

Huisarts Plaats

Ik geef De Nationale Apotheek toestemming

Om mijn volledige medicatiedossier in te zien en beschikbaar te stellen via het Landelijk Schakelpunt (LSP). Zie www.volgjezorg.nl. ja* nee

* In verband met jouw veiligheid adviseren we je ons hiervoor toestemming te geven. Alleen op die manier kunnen wij de medicatiebewaking goed uitvoeren.

Om mijn geneesmiddelen, als dit mogelijk is, via de brievenbus aan mij te leveren. Ik aanvaard alle daaraan verbonden risico's. ja nee

Om mijn geneesmiddelen, als er sprake is van pakketpost, bij de burens aan mij te leveren. Ik aanvaard alle daaraan verbonden risico's. ja nee

Om mij in te schrijven bij De Nationale Apotheek, zodat ik al mijn medicatie (of een deel ervan) gratis, veilig en snel thuisbezorgd kan krijgen. ja nee

Ik ga akkoord met de algemene voorwaarden en privacyverklaring van De Nationale Apotheek.

Naam

Datum

Plaats
