

Toestemmingsformulier mantelzorg

Naam patiënt: _____

Geboortedatum: _____

Patiëntnummer: _____

Ik ga akkoord dat aan:

Naam mantelzorg: _____

Relatie: _____

Telefoonnummer: _____

Accureon Trombosezorg de doseergegevens verstrekt. Zodat uw mantelzorg de door Accureon Trombosezorg doorgegeven doseerwijzigingen van medicatie kan verzorgen.

Handtekening patiënt:

Indien u de mantelzorg ook gebruik wil laten maken van het digitaal inzien van de doseerkalender vragen we om het e-mailadres kenbaar te maken.

E-mailadres: _____

Datum: _____

Graag opsturen / e-mailen tezamen met een met kopie identiteitsbewijs van de patiënt, zodat de handtekening gecontroleerd kan worden naar:

Antwoordnummer 95,4700 VB Roosendaal.

Gaarne op achterkant van envelop noteren t.a.v. Trombosedienst.