**Herhaalservice** 

Samen met u huisarts zijn we begonnen met de Herhaalservice. Als u bepaalde medicijnen langdurig gebruikt, hoeft u geen herhaalrecepten te vragen bij uw huisarts. De apotheek zorgt ervoor dat u uw medicijnen iedere keer op tijd krijgt. Voor deze service hebben wij uw **email-adres** of **mobiel telefoonnummer** nodig.

***Voordelen voor u:***

* u hoeft geen herhaalrecept meer te vragen bij de huisarts
* u heeft altijd voldoende medicijnen
* al uw chronische medicijnen staat elke 3 maanden compleet voor u klaar
* de apotheek zorgt dat u al uw medicijnen 1x per 3 maanden krijgt
* deze service is gratis

***Hoe werkt het?***

* de apotheek werkt samen met de huisarts
* medicijnen klaargemaakt en krijgt u een bericht (per mail of sms) wanneer u deze op kunt halen of thuisbezorgd worden
* alleen middelen die u doorlopend gebruikt kunnen in de herhaalservice en alleen middelen die door uw huisarts zijn voorgeschreven. Met specialisten hebben wij helaas geen afspraken gemaakt om middelen in de herhaalservice te leveren.
* als u op vakantie gaat, geef dit dan tijdig bij ons aan. Het liefst 4 weken van tevoren, zodat wij op tijd uw medicijnen klaar hebben
* Ook als een dosering verandert of als u moet stoppen met een middel horen wij dat graag. Dan kunnen we dit aanpassen in de herhaalservice

***Welke medicijnen kunnen niet in de herhaalservice?***

* zalven en crèmes
* opiaten (sterke pijnstillers) en benzodiazepines (slaap- of angstmedicijnen)
* kuurtjes die u kort moet gebruiken
* middelen voorgeschreven door specialisten
* oogdruppels in flesjes
* insulines

Voor deze middelen dient u zelf (zoals u nu gewend bent) een recept bij de huisarts aan te vragen.

**Wilt u graag gebruik maken van deze service vul het medicijnentelformulier op de achterzijde van deze brief in en lever deze in bij apotheek Walrave. Wij bellen u op indien uw gegevens zijn verwerkt.**

**Medicijnen Telformulier**

Naam: ……………………………….…… Geboortedatum: ………………………

Emailadres: …………………………….……… Mobiel tel. nr.: ………………………

 Vast tel. nr.: ………………………

Datum medicijnen geteld: ...................…………………..

Handtekening akkoord start Herhaalservice: ………………………..……….

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Medicijnen | Sterkte | Gebruik | HoeveelheidThuis nog op voorraad | Opmerkingen |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |