

## Voortgezette farmaceutische zorg - Formulier voor toestemming -

Ik ondergetekende

(naam, voornaam, adres), geef  
toestemming voor het opstarten van een geïndividualiseerde begeleiding, genaamd **Voortgezette farmaceutische zorg**, door apotheker\*

(naam, voornaam, adres),  
teneinde mijn behandeling te verbeteren.

Ik geef de apotheker-titularis toestemming om, in het kader van de Voortgezette farmaceutische zorg, een **Dossier voortgezette farmaceutische zorg** op te stellen.

Ik verleen hierbij eveneens toestemming aan de apotheker-titularis om in het kader van de Voortgezette farmaceutische zorg mijn geneesmiddelen en andere producten **individueel voor te bereiden** (verpakking van mijn geneesmiddelen per dag en per inname-moment) zoals voorzien in het Koninklijk besluit van 24 september 2012 tot vaststelling van een regeling met betrekking tot individuele medicatievoorbereiding.

Er wordt overeengekomen dat de medicatie wordt voorbereid voor een periode van

in vooraf gedefinieerde type IMV-verpakking. De IMV-verpakkingen zullen afgeleverd worden  
door de apotheker.

De dag van aflevering van de IMV-verpakkingen is

De vergoeding voor deze prestatie bedraagt

Dit bedrag kan worden aangepast bij een stijging van de gezondheidsindex. Verpakkingsmaterialen

Deze overeenkomst kan op elk moment worden beëindigd.

Opgemaakt te \_\_\_\_\_ op \_\_\_\_\_ in  
twee (drie) exemplaren (één voor de patiënt, één voor de apotheker (en één voor de geneesheer)).

Handtekeningen

\* Naam van de apotheker-titularis, verantwoordelijk voor de verwerking van de gegevens.

\*\* Medicatievoorbereiding voor 30 dagen is slechts toegelaten gedurende een overgangperiode van 2 jaar te rekenen vanaf 01/12/2012.