

Форма реєстрації нового клієнта Аптека

Registration form new client pharmacy _____

Клієнт з України **Client from Ukraine**

Дані клієнта: **Client details:**

Ініціали та ім'я: Initials and name:	
Адреса: в Нідерландах Address: (in the Netherlands) Поштовий індекс та адреса: ZIP code and place:	
Стать: Sex:	Чоловік / жінка man / woman
Дата народження: Date of birth:	
Номер служби громадян: Якщо відомо, обов'язкова примітка Citizen Service Number: If known mandatory note BSN-nummer	Відомий / Невідомий known / unknown
Тип ідентифікатора: Type of ID:	Дійсний паспорт/посвідчення особи/водійські права/ Документ про іноземців Valid Passport / Identity Card / Driver's License / Aliens Document
Номер посвідчення особи: Number identitycard:	
Країна походження: Country of origin:	
Номер мобільного: Mobile number:	
Адреса електронної пошти: E-mail address:	
Ім'я контактної особи в Нідерландах Name contact person in the Netherlands	
Номер телефону контактної особи в Нідерландах Phone number contact person in the Netherlands	

Декларація Згода Declaration Consent

Чи дає незастрахований клієнт дозвіл надати дані САК, щоб мати можливість декларувати?

Does the uninsured client give permission to provide data to the CAK in order to be able to declare?

Так / Yes

Новий / No

Обмін даними: **Data exchange:**

Нижчепідписаний погоджується обмінюватися даними про ліки та будь-якими іншими відповідними медичними даними (наприклад, лабораторні дані) в контексті лікування.

The undersigned agrees to the exchange of medication data and any other relevant medical data (such as lab values) in the context of the treatment.

Нижчепідписаний не погоджується на обмін даними про ліки та будь-якими іншими відповідними медичними даними (наприклад, лабораторні дані) в контексті лікування.

The undersigned does not agree to the exchange of medication data and any other relevant medical data (such as lab values) in the context of the treatment.

Для дітей віком до 12 років дозвіл дають батьки/опікуни.

Для дітей віком від 12 до 16, які хочуть дати згоду, свою згоду повинні дати як батьки/опікуни, так і дитина.

Діти віком від 16 років дають власну згоду.

For children up to the age of 12, the parent/guardian gives permission.

For children aged 12 to 16 who want to give consent, both the parent/guardian and the child must give his/her consent.

Children aged 16 and over give their own consent.

Особисті обставини: **Personal circumstances:**

Чи існують певні особисті обставини, про які аптека повинна знати; наприклад, синдроми, вагітність, годування груддю тощо?

Are there certain personal circumstances that the pharmacy should be aware of; eg syndromes, pregnancy, breastfeeding, etc.?

Новий / No

Так, який?: _____

Yes, which one?:

Дані про ліки: **Medication data:**

Чи використовуєте ви розріджувачі крові?

Do you use blood thinners?

Новий /No

Так, який?: _____

Yes, which one?:

Чи використовуєте ви інші ліки?

Do you use other medicines?

Новий /No

Так, який?: _____

Yes, which one?:

Чи вживаєте ви коли-небудь ліки, які є у вільному доступі в аптеці, гомеопатію чи фітотерапію?
(Наприклад: ібупрофен, алев, звіробій)

Do you ever use medicines that are freely available at the drugstore, homeopathy or phytotherapy?

(For example: ibuprofen, Aleve, St John's wort)

Новий / **No**

Так, який?: _____

Yes, which one?:

Чи є у вас алергія чи непереносимість певних ліків чи речовин?

Do you have allergies or intolerances to certain drugs or substances?

Новий / **No**

Так, на які ліки?: _____

Yes, which one?:

Чи знаєте ви свої поточні лабораторні значення? наприклад функції нирок:

Are you aware of your current lab values? For example kidney function (eGFR)

	Де / value	Дата/ date
Функція нирок (ШКФ) Kidney function (eGFR)		
інші / Other?		

Дата:.....

Ім'я клієнта:

Підпис:.....

Date

Client name

Signature