



Geachte heer, mevrouw,

Deze brief is bedoeld om u aan te melden bij de **Chronische Medicatie Service (CMS)**. Dit is een service die bedoeld is voor alle receptgeneesmiddelen die u doorlopend gebruikt. Uw medicatie wordt automatisch voor u herhaald. Al uw medicijnen zijn tegelijkertijd op en worden op de afgesproken datum weer voor u klaar gezet.

Inschrijving

Op de achterkant van dit blad kunt u alle geneesmiddelen invullen die u gebruikt. U telt daarna alles dat u in huis heeft. Bij elk geneesmiddel schrijft u precies het aantal tabletten, capsules of andere hoeveelheden die u nog heeft.

Ook schrijft u op hoeveel u heeft van crèmes, (oog)druppels, inhalatoren, insulines en eventueel andere preparaten. Geef hierbij aan hoeveel u per maand hiervan nodig heeft.

Denk hierbij ook aan medicijnen die u bij de drogist of apotheek koopt, zoals pijnstillers of vitamines. Dit is belangrijk om u een optimale begeleiding en medicatiebewaking te kunnen bieden.

Let op: Voor een goede herhaalservice is het noodzakelijk dat u heel nauwkeurig telt. En precies noteert op welke dag u geteld heeft!

Mocht u hulp nodig hebben bij het tellen van de tabletten of het invullen van het formulier, neem dan gerust contact met ons op.

Het is heel belangrijk dat wij u tijdens de openingstijden van de apotheek telefonisch kunnen bereiken bij vragen, wijzingen of andere bijzonderheden. Daarom vragen wij u ook een telefoonnummer door te geven waarop wij u op kantooruren kunnen bereiken.

Als u de achterkant volledig heeft ingevuld, levert u het formulier weer in bij de apotheek.

Wij nemen dan binnen 3 weken contact met u op om de medicijnen aan te vullen en gelijk te laten lopen. Als u deze aanvulling komt ophalen, leggen wij uit wat er vanaf dan zal gebeuren. Houdt er rekening mee dat u dan dus iets langer in de apotheek bent voor de uitleg.

Overzicht overige geneesmiddelen

Naam medicijn	Hoeveelheid in huis	Gebruik per dag	Voorgeschreven door	Hoeveelheid nodig <i>per maand</i>
Bv: Paracetamol tabletten	30	3 x per dag 1 tablet	huisarts	
Bv: Vaselinecreme	1,5 tube	2x daags	Huisarts	3 tubes

Datum telling:.....-.....-.....

Naam	
Geboortedatum	
Telefoonnummer	
Tel.nummer tijdens kantooruren	
E-mail (optioneel)	
Eventueel Contactpersoon	
Huisarts	
Controles zoals labcontrole (bloedprikken) en bloeddrukcontrole worden gedaan bij:	