

Verklaring Zorg Medicatieveiligheid¹

Gegevens van de geregistreerde

Naam (incl. meisjes-/geboortenaam)	
Registratienummer	

Details

Soort	Zorg Medicatieveiligheid
Opdrachtgevende organisatie	
Activiteit	<input type="checkbox"/> Medicatie beoordeling/verificatie incl verbetervoorstel <input type="checkbox"/> Het ontwikkelen van clinical rules (MFB's) <input type="checkbox"/> Het uitvoeren van searches <input type="checkbox"/> Ontwikkelen patiëntenbijsluiters (eigen apotheek) <input type="checkbox"/> Audit uitvoeren op andere afdeling inclusief verslaglegging
Korte toelichting activiteit	
Datum afronden activiteit	

Hierbij verklaar ik dat bovenstaande geregistreerde de genoemde activiteit heeft uitgevoerd.

Naam apotheker

Handtekening

.....

.....

¹ Deze activiteit is te gebruiken door Farmaceutisch consultants en apothekersassistenten. De duur van de uitvoeren is meer dan 5 uur.