

# Convention "Pharmacien de Référence"

Je, soussigné(e), (nom, prénom, adresse), .....

déclare par la présente :

nommer comme mon pharmacien de référence, le pharmacien (nom, prénom, n° INAMI), .....

exerçant dans la pharmacie (nom, adresse, numéro de matricule) ; .....

avoir reçu une information claire ainsi qu'une brochure explicative concernant :

- les démarches de mon pharmacien de référence pour me suivre et me conseiller dans l'usage de mes médicaments,

- mes droits liés à ce service, à savoir :

- que cette convention doit être le fruit d'un choix personnel et libre,
- qu'à tout moment, je peux changer de pharmacien de référence,
- qu'à tout moment je peux mettre un terme à cette convention et à cette prestation de service ;

avoir donné mon consentement pour :

- un *suivi des soins pharmaceutiques*, pour que mon pharmacien puisse, par exemple, me proposer un entretien d'accompagnement pour bien prendre mes médicaments,

- le *partage électronique de mes données de santé* avec les autres prestataires de soins s'occupant de moi (eHealth Consent) ;

que, pour ce service, rien ne me sera facturé et je suis informé que l'honoraire annuel du pharmacien pour ce service est à la charge de l'INAMI.

Pour l'année (année) ..... le montant de cet honoraire est (montant) .....€.

avoir reçu mon schéma de médication, c'est-à-dire un aperçu complet des médicaments que je prends précisant leurs posologies et leurs moments de prise.

Fait à (localité) .....

Le (date) .....

en deux exemplaires, un pour le patient et l'autre pour le pharmacien.

Signature patient:

Signature pharmacien:

Mon pharmacien me connaît, je signe

Choisissez aujourd'hui votre pharmacien de référence !

www.pharmacie.be



