

Inschrijfformulier Huisartsenpraktijk Het Gilde

Met dit formulier schrijft u zich in bij onze huisartsenpraktijk.

U wordt verzocht om uw vorige huisarts op de hoogte te stellen van uw inschrijving, met de wens om uw medisch dossier zo spoedig mogelijk naar ons te laten opsturen.

Waar lever ik dit formulier in?

Lever dit formulier in bij de assistente, samen met kopieën van legitimatie van alle personen die zich inschrijven.

Gegevens huisarts

Naam huisartsenpraktijk: **Huisartsenpraktijk Het Gilde**
Adres praktijk: **Ambachtsschoolstraat 8, 9981 JX Uithuizen**
AGB-code huisartsen: **U. Veen 01022340 M.E. Stegmann 01103145**
AGB-code praktijk: **01010854**

Gegevens vorige huisarts

Naam vorige huisarts:
Adres:
Plaats:

Ondergetekende wenst in de praktijk van bovenstaande huisartsen op naam te worden ingeschreven, met evt. kinderen*

| | | |
|-----------------------|---|----------------|
| Voor – en achternaam: | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V | Geboortedatum: |
| <hr/> | | |
| Straat: | | |
| <hr/> | | |
| Postcode: | Plaats: | |
| <hr/> | | |
| Email: | (Mobiele) telefoon: | |
| <hr/> | | |
| Zorgverzekeraar: | Verzekeringsnummer: | |
| <hr/> | | |
| BSN: | | |
| <hr/> | | |
| Handtekening: | Datum: | |
| <hr/> | | |
| | Plaats: | |
| <hr/> | | |

* Gegevens van eventuele kinderen

Van kinderen boven de 12 jaar ontvangen we graag een door hen zelf ingevuld inschrijfformulier. Gegevens van kinderen onder de 12 jaar kunnen hieronder worden ingevuld.

- Voor – en achternaam:
Geboortedatum:
BSN:
Zorgverzekeraar en verzekeringsnummer:

- Voornaam en naam:
Geboortedatum:
BSN:
Zorgverzekeraar en verzekeringsnummer:

- Voornaam en naam:
Geboortedatum:
BSN:
Zorgverzekeraar en verzekeringsnummer:

- Voornaam en naam:
Geboortedatum:
BSN:
Zorgverzekeraar en verzekeringsnummer:

- Voornaam en naam:
Geboortedatum:
BSN:
Zorgverzekeraar en verzekeringsnummer:

- Voornaam en naam:
Geboortedatum:
BSN:
Zorgverzekeraar en verzekeringsnummer:

** Voor meer informatie over LSP, zie het Toestemmingsformulier op de achterzijde en de folder 'Volg je zorg'

Toestemmingsformulier

Beschikbaar stellen van jouw medische gegevens via het LSP



JA

Ik geef **wel** toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens beschikbaar te stellen via het LSP. Ik heb alle informatie gelezen in de folder 'JA! Ik wil grip op mijn zorg' en ik heb het goed begrepen.

NEE

Ik geef **geen** toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens beschikbaar te stellen via het LSP. Ik heb alle informatie gelezen in de folder 'JA! Ik wil grip op mijn zorg' en ik heb het goed begrepen.

Gegevens huisarts of apotheek

Voor welke zorgverlener regel je toestemming?

mijn huisarts
 mijn apotheek

Naam: _____

Adres: _____

Postcode en plaats: _____

Mijn gegevens vergeet niet je handtekening te zetten

Achternaam: _____

Voorletters: _____

Adres: _____

Postcode en plaats: _____

Geboortedatum: _____

Handtekening: _____

Datum: _____

Wil je toestemming regelen voor jouw kinderen?

- Voor kinderen tot 12 jaar: je geeft als ouder of voogd toestemming. Hiervoor kun je dit formulier gebruiken.
- Voor kinderen van 12 tot 16 jaar die toestemming willen geven: zowel jij als ouder of voogd én het kind zetten allebei een handtekening.
- Kinderen vanaf 16 jaar geven zelf toestemming en vullen een eigen formulier in.

Gegevens van mijn kinderen

Vul hieronder de gegevens in van de kinderen voor wie je toestemming wilt regelen. **Vergeet niet hieronder ook jouw eigen handtekening te zetten.**

Achternaam: _____

Voorletters: _____

Geboortedatum: _____

Handtekening
kind: _____

JA NEE

Achternaam: _____

Voorletters: _____

Geboortedatum: _____

Handtekening
kind: _____

JA NEE

Heb je meer dan twee kinderen? Vraag dan een extra toestemmingsformulier.

Handtekening
ouder of voogd: _____

Datum: _____

Lever dit formulier in bij de huisarts of apotheek bij wie je toestemming regelt.