

Inschrijfformulier

Geachte heer/mevrouw,

U wilt zich aanmelden bij onze praktijk. Wij willen u vragen om het inschrijfformulier in te vullen en in te leveren bij de assistente. Zij zal contact met u opnemen voor een kennismakingsafspraken en legitimatie van alle gezinsleden.

Vul voor elk gezinslid een apart formulier in.

- Voor kinderen tot 12 jaar: je geeft als ouder(s) of voogd toestemming.
- Voor kinderen van 12 tot 16 jaar die toestemming willen geven: zowel jij als ouder(s) of voogd én het kind zetten allebei een handtekening.
- Voor kinderen van gescheiden ouders dienen beide ouders toestemming te geven voor overdracht van het medisch dossier van het kind.
- Kinderen vanaf 16 jaar geven zelf toestemming en vullen een eigen formulier in.

Door ondertekening van dit formulier geeft u toestemming dat wij uw medisch dossier opvragen bij uw vorige huisarts. Hierdoor zijn wij goed op de hoogte van uw medische voorgeschiedenis. U dient zich ook uit te schrijven bij uw huidige huisarts.

Persoonsgegevens

Achternaam : _____

Voorletters : _____

Roepnaam : _____

Geboortedatum : ____ / ____ / ____ (dd/mm/jjjj)

Geslacht : M / V

BSN nummer : _____

Adres- en contactgegevens

Straat : _____ nr. _____

Postcode + plaats: _____

☐ Ik ga samenwonen met : _____

Telefoon thuis : _____

Telefoon mobiel : 06 _____

E-mail adres : _____

HUISARTSENPRAKTIJK KAPSENBERG

Adres
Wispelweg 2b
8105 AB Luttenberg

T 0572 346070
W www.huisartsenpraktijkkapsenberg.nl
E huisartsenpraktijkkapsenberg@hcdo.nl

KVK 76688909

IBAN NL49RABO 0348 7986 60



Verzekeringsgegevens

Zorgverzekering : _____

Polisnummer : _____

Uw apotheek

☐ Apotheek Luttenberg (Apothekers van Salland)

Uw vorige huisarts

Naam : _____

Straat : _____ nr. _____

Postcode : _____

Plaats : _____

Telefoonnummer : _____

Toestemming voor het uitwisselen van medische gegevens

Tevens willen wij u vragen of u toestemming geeft voor het uitwisselen van medische gegevens met andere zorgverleners zoals de apotheek, de huisartsenpost en het ziekenhuis, en het beschikbaar stellen van een deel van uw medische gegevens aan het landelijk schakelpunt (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.

Voor welke zorgverlener regel je toestemming?

☐ Mijn Huisarts ☐ Mijn Apotheek

Ondertekening

Handtekening: Datum:

_____ / _____ / _____ (dd/mm/jjjj)



Handtekening ouder(s)/ voogd 1

Datum:

_____ / _____ / _____ (dd/mm/jjjj)

Handtekening ouder(s) 2 Datum:

_____ / _____ / _____ (dd/mm/jjjj)