

## 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 kennismakingsafpraak 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: \_\_\_\_\_

Telefoon thuis : \_\_\_\_\_

Telefoon mobiel : 06 \_\_\_\_\_

E-mail adres : \_\_\_\_\_

### Verzekeringsgegevens

Zorgverzekering : \_\_\_\_\_

Polisnummer : \_\_\_\_\_

### HUISARTSENPRAKTIJK KAPSENBERG

**Adres**  
Wispelweg 2b  
8105 AB Luttenberg

**T** 0572 346070  
**W** Kapsenberg.praktijkinfo.nl  
**E** [info@huisartsenpraktijkkapsenberg.nl](mailto:info@huisartsenpraktijkkapsenberg.nl)

**KVK** 76688909  
**IBAN** NL49 RABO 0348 7986 60



## 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)