

INSCHRIJFFORMULIER HUISARTSENPRAKTIJK BELLINGWOLDE, HUISARTSEN & APOTHEEK

Hierbij schrijf ik mij in bij Huisartsenpraktijk Bellingwolde en **machtig** ik de praktijk tot het afmelden bij mijn vorige huisarts en het opvragen van mijn gehele medische dossier. U kunt altijd weer van huisartsenpraktijk veranderen. Tot die tijd bewaren en beheren wij uw medische gegevens 20 jaar.

Voornaam: **o M o V** Voorletters:
Achternaam: Geboortedatum:
Adres: Postcode:
Woonplaats: Vaste telefoon:
Mobiele telefoon: E-mail:
BSN (=sofinummer) : Paspoort of rijbewijsnummer:

Naam Zorgverzekeraar: Polisnummer:

Gezinssituatie:

Ik ben alleenwonend amenwonend. Ik ben getrouwd gescheiden weduwe/weduwnaar.
Ik heb wel geen kinderen: thuiswonende kinderen.

Werk/studie: Ik studeer mijn beroep is :

Ik ben met pensioen en ik was werkzaam als:tot(jaartal).
Ik ben arbeidsongeschikt sinds: (jaartal) ten gevolge van:

Naam vorige huisarts: Vestigingsplaats:
Adres: Telefoon:
Naam vorige apotheek: Vestigingsplaats:

Reden van inschrijving: verhuizing / afstand probleem / geschil met vorige huisarts

ALLERGIËN: medicijnen antibiotica bruine pleisters jodium voedingsmiddelen overige stoffen,
Namelijk.....

IK GEBRUIK DE VOLGENDE MEDICIJNEN:	sterkte in mg.	dosering (bv. 1 x per dag)
1.
2.
3.
4.
5.

Datum: Handtekening :

Ruimte voor (eventuele) overige opmerkingen:
.....
.....
.....

Waar moet u zelf voor zorgen:

- Uw oude huisarts inlichten

Bedankt voor uw medewerking,
Namens Huisartsenpraktijk Bellingwolde

Toestemmingsformulier

Beschikbaar stellen van uw 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 'Uw medische gegevens beschikbaar via het Landelijk Schakelpunt (LSP)'.

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 'Uw medische gegevens beschikbaar via het Landelijk Schakelpunt (LSP)'.

Gegevens huisarts of apotheek

Voor welke zorgverlener regelt u toestemming? mijn huisarts
 mijn apotheek

Naam:

Adres:

Postcode en plaats:

Wilt u nog een zorgverlener toestemming geven? Vraag dan een extra toestemmingsformulier.

Mijn gegevens

Vul onderstaande gegevens in.

Vergeet niet uw handtekening te zetten.

Achternaam:

Voorletters:

M V

Adres:

Postcode en plaats:

Geboortedatum:

Handtekening:

Datum:

Z.O.Z.



Wilt u toestemming regelen voor uw kinderen?

- Voor kinderen tot 12 jaar: u geeft als ouder of voogd toestemming.
Hiervoor kunt u dit formulier gebruiken.
- Voor kinderen van 12 tot 16 jaar die toestemming willen geven: zowel u 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 u toestemming wilt regelen. Vergeet niet hieronder ook uw eigen handtekening te zetten.

Heeft u meer dan twee kinderen? Vraag dan een extra toestemmingsformulier.

Voor- en achternaam:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
Geboortedatum:	
<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	Handtekening kind:
Voor- en achternaam:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
Geboortedatum:	
<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	Handtekening kind:
Datum:	Handtekening ouder of voogd:

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