

Inschrijfformulier aangenomen door: _____



Huisartspraktijk
J.J. de Jonge / N. Molenaar
van Karnebeekstraat 27
8011 JB Zwolle
038-4549897

Huisartsenpraktijk
A. Vellinga / M. Riikmans
van Karnebeekstraat 27
8011JB Zwolle
038-4215701

Inschrijfformulier:

Roepnaam		
Initialen		
Achternaam		Geslacht
Straat en huisnummer		
Postcode en woonplaats		
Geboortedatum		
Telefoonnummer cq Mobielfnummer		
Zorgverzekeraar + polisnummer		Gecontroleerd door:
Burger Service nummer		Gecontroleerd door:
E-mail adres		
Welke apotheek in Zwolle heeft/kiest u?		
Naam, adres, tel.nr. huidige huisarts (voor opvragen medischegegevens)		
Documentnummer <input type="checkbox"/> Identiteitsbewijs <input type="checkbox"/> Paspoort <input type="checkbox"/> Rijbewijs		Gecontroleerd door:

Heeft u een partner of gezinslid die al ingeschreven is in de praktijk? : Ja / Nee

Zo ja: Naam partner of gezinslid: _____ Geboortedatum: _____

TOESTEMMING beschikbaar stellen medische gegevens via LSP?

Verzoek het bijgevoegde toestemmingsformulier in te vullen. Meer informatie op www.volgiezorg.nl

datum: _____

handtekening: _____

Verzoek deze formulieren persoonlijk in onze huisartspraktijk af te geven

NB: u dient zich af te melden bij uw vorige huisarts om de beveiligde overdracht van het dossier mogelijk te maken!

Praktijkassistente: verwerk door.....

paraaf.....

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

Gegevens huisarts of apotheek

Voor welke zorgverlener regel je	<input type="checkbox"/> mijn huisarts <input type="checkbox"/> mijn
Naam	.....
Adres	.....
Postcode en plaats:	.....

Mijn gegevens vergeet niet je handtekening te zetten

Achternaam:	Voorletters:	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> V
Adres:	.....	
Postcode en plaats:	.....	
Geboortedatum:	Handtekening:	.....
	Datum:	.....

Wil je toestemming regelen voor jouw kinderen?

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

Achternaam	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> V
Geboortedatu	.....	Handtekening:	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/>

Achternaam	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> V
Geboortedatu	.....	Handtekening:	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/>

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

Handtekening ouder of
-----------------------	-------

NB: u dient zich af te melden bij uw vorige huisarts om de beveiligde overdracht van het dossier mogelijk te maken!

Praktijkassistente: verwerk door.....

paraaf.....