



## INSCHRIJFFORMULIER

(graag voor elke patiënt een apart formulier invullen)

\* doorstrepen wat niet van toepassing is.

Datum inschrijving in de praktijk: \_\_\_\_\_

Eigen naam (=geboortenaam): \_\_\_\_\_

man / vrouw\*

Burgerlijke staat: \_\_\_\_\_

Indien gehuwd: naam partner: \_\_\_\_\_

Naamgebruik bij huwelijk: \_\_\_\_\_

eigen naam / naam partner\*

Voorletters: \_\_\_\_\_

Roepnaam: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_

Geboorteplaats: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Postcode en woonplaats: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer: \_\_\_\_\_

Mobiel telefoonnummer: 06 - \_\_\_\_\_

Mailadres: \_\_\_\_\_

Burgerservicenummer (BSN): \_\_\_\_\_

Naam zorgverzekeraar: \_\_\_\_\_

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

Naam apotheek: \_\_\_\_\_

Naam vorige huisarts: \_\_\_\_\_

Vestigingsplaats: \_\_\_\_\_

Zijn er meerdere gezinsleden woonachtig op uw adres die al  
ingeschreven staan in onze huisartsenpraktijk?

Ja / Nee\*

Zo ja; naam gezinsleden: \_\_\_\_\_

***U wordt verzocht zich bij uw vorige huisarts af te melden en  
uw medische dossier aan ons te doen toekomen.***

**Wilt u bij de inschrijving een geldig identificatiebewijs meenemen.**

**Toestemmingsformulier elektronisch uitwisselen van medische gegevens****\*doorstrepen wat niet van toepassing is**

**Uw medische gegevens kunnen inzichtelijk gemaakt worden voor andere zorgverleners wanneer u gebruik maakt van de huisartsenpost of een ziekenhuis elders in Nederland. Dit is echter alleen mogelijk wanneer u uw huisarts hiervoor toestemming geeft.**

- Ik geef de huisarts **WEL / GEEN\*** toestemming om de medische gegevens van voornoemde persoon inzichtelijk te maken voor hulpverleners van de **Huisartsenpost "Oude IJssel"** te Doetinchem. Dit is de huisartsenpost waar de praktijk van dokter Van Dijk bij is aangesloten in de Avond-/Nacht- en Weekenddiensten.
- Ik geef de huisarts **WEL / GEEN\*** toestemming om de medische gegevens van voornoemde persoon inzichtelijk te maken voor **andere hulpverleners** via het Landelijk Schakel Punt (LSP).

Meer informatie vindt u in bijgaande voorlichtingsfolder en op het internet via de website [www.volgjezorg.nl](http://www.volgjezorg.nl). Hier kunt u desgewenst ook zelf (digitaal) uw toestemming regelen. De huisartsenpraktijk is online te vinden door de naam **Dijk** in te vullen en de plaats **Varsseveld**.

**Orgaandonatie en wilsbeschikking**

Indien u wensen met betrekking tot orgaandonatie na overlijden wilt vastleggen in uw medisch dossier, dan verzoeken wij u een kopie van een donorcodicil bij te voegen bij het inschrijfformulier.

Wij adviseren u om uw wensen m.b.t. orgaandonatie tevens vast te leggen in het landelijke donorregister. Voor meer informatie over orgaandonatie verwijzen wij u naar de website van het Ministerie van VWS: [www.donorregister.nl](http://www.donorregister.nl)

In acute levensbedreigende situaties zullen uw huisarts en andere hulpverleners alles in het werk stellen om uw leven te behouden met een zo goed mogelijke kwaliteit. Hierbij kan iedere seconde tellen en is het vaak niet meer mogelijk om met u over uw behandeling te overleggen. In zulke gevallen is het goed te weten wat uw wensen zijn.

Indien u specifieke wensen heeft met betrekking tot het levenseinde, dan verzoeken wij u deze op papier vast te leggen en bij te voegen bij het inschrijfformulier. Voor het vastleggen van een wilsbeschikking zijn (voorbeeld) formulieren op de praktijk aanwezig of u kunt contact opnemen met de NVVE (Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levenseinde).

- Ik geef **WEL / GEEN\*** toestemming om mij in geval van een **acute situatie te reanimeren**. Indien geen toestemming; dan graag een schriftelijke wilsverklaring inleveren.

**Hierbij schrijf ik mij in bij huisartsenpraktijk M.F. van Dijk en ga ik akkoord met de verzameling en verwerking van mijn gegevens zoals deze zijn beschreven in het privacyreglement van de huisartsenpraktijk. Zie hiervoor: [www.huisartspraktijkvandijk.nl](http://www.huisartspraktijkvandijk.nl). Het privacyreglement is tevens verkrijgbaar bij de assistente.**

Datum:

Handtekening(ouder/voogd):

Handtekening kind:

**Wilt u toestemming regelen voor uw kinderen?**

- Voor kinderen tot 12 jaar: u geeft als ouder of voogd toestemming en zet een handtekening.
- Voor kinderen van 12 tot 16 jaar: de ouder/voogd én het kind zetten allebei een handtekening.
- Kinderen vanaf 16 jaar: vullen zelf het formulier in en zetten zelf een handtekening.

## TOESTEMMINGSFORMULIER voor uitschrijving bij vorige huisarts

Varsseveld, d.d. \_\_\_\_\_ 2022

Geachte collega,

Hierbij delen wij u mee dat per \_\_\_\_- \_\_\_\_- \_\_\_\_ de volgende patiënt uit uw praktijk zich bij ons heeft ingeschreven.

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Naam en voorletters: _____</li><li>▪ Geboortedatum: _____</li></ul> |
|---|

De inschrijving bij onze praktijk geldt tevens voor de hieronder genoemde kinderen van patiënt (onder 16 jaar). *Kinderen van 16 jaar en ouder dienen een eigen formulier in te vullen.*

Naam kind:	Geboortedatum:
Naam kind:	Geboortedatum:
Naam kind:	Geboortedatum:
Naam kind:	Geboortedatum:

Bovenstaande patiënt geeft toestemming voor uitschrijving uit uw praktijk en voor het verzenden van het medisch dossier en dat van genoemde kinderen (indien van toepassing).

Handtekening (ouder/voogd):

Handtekening kind:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Met vriendelijke groet,  
Assistente Huisartsenpraktijk M.F. van Dijk Varsseveld B.V.

---

### Wilt u toestemming regelen voor uw kinderen?

- Voor kinderen tot 12 jaar: u geeft als ouder of voogd toestemming en zet een handtekening.
- Voor kinderen van 12 tot 16 jaar: de ouder/voogd én het kind zetten allebei een handtekening.
- Kinderen vanaf 16 jaar: vullen zelf het formulier in en zetten zelf een handtekening.