

# INSCHRIJFFORMULIER nieuwe patiënt

## Huisartsenpraktijk M.F. van Dijk Varsseveld



- **Ieder gezinslid een eigen formulier**
- **Graag beide bladzijden invullen**
- **Lever dit formulier in aan de balie en breng uw identiteitsbewijs of rijbewijs mee in verband met verplichte identificatie.**

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

Achternaam: \_\_\_\_\_

Meisjesnaam: \_\_\_\_\_

Voorletters/roepnaam: \_\_\_\_\_

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

Geboortedatum/geboorteplaats: \_\_\_\_\_

Geslacht: \_\_\_\_\_

Straat en huisnummer: \_\_\_\_\_

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

Telefoonnummer(s): \_\_\_\_\_

E-mailadres: \_\_\_\_\_

Burgerlijke staat/gezinssamenstelling: \_\_\_\_\_

Land van herkomst: \_\_\_\_\_

Beroep: \_\_\_\_\_

Vorige huisarts: \_\_\_\_\_

Plaats vorige huisarts: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer vorige huisarts: \_\_\_\_\_

*Graag zelf aan uw vorige huisarts doorgeven dat u toestemming geeft voor het doorsturen van uw medisch dossier.*

Nieuwe apotheek: \_\_\_\_\_

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

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

Hierbij geef ik toestemming voor inschrijving en overdracht van mijn dossier aan huisartsenpraktijk M.F. van Dijk Varsseveld B.V.:

Datum: \_\_\_\_\_

Handtekening: \_\_\_\_\_

*Ouder of verzorger bij leeftijd jonger dan 12 jaar*

Geef op onderstaand formulier aan of u wel of geen toestemming geeft aan andere hulpverleners (huisartsenpost, ziekenhuis, apotheek) om, indien noodzakelijk, uw medische gegevens te mogen inzien.

# Toestemmingsformulier

Beschikbaar stellen van jouw medische gegevens via het LSP



volg je zorg

**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.

## Gegevens huisarts of apotheek

Voor welke zorgverlener regel je toestemming?

mijn huisarts  
 mijn apotheek

|                            |  |
|----------------------------|--|
| <b>Naam:</b>               | Huisartsenpraktijk M.F. van Dijk Varsseveld B.V. |
| <b>Adres:</b>              | De Egge 52                                       |
| <b>Postcode en plaats:</b> | 7052 AX VARSSEVELD                               |

## Mijn gegevens vergeet niet je handtekening te zetten

|                            |       |                      |       |
|----------------------------|-------|----------------------|-------|
| <b>Achternaam:</b>         | ..... | <b>Voorletters:</b>  | ..... |
| <b>Adres:</b>              | ..... |                      |       |
| <b>Postcode en plaats:</b> | ..... |                      |       |
| <b>Geboortedatum:</b>      | ..... | <b>Handtekening:</b> | ..... |
|                            |       | <b>Datum:</b>        | ..... |

## Wil je toestemming regelen voor jouw kinderen?

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

|                       |       |                           |       |  |
|-----------------------|-------|---------------------------|-------|--|
| <b>Achternaam:</b>    | ..... | <b>Voorletters:</b>       | ..... |  |
| <b>Geboortedatum:</b> | ..... | <b>Handtekening kind:</b> | ..... | <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE |

|                       |       |                           |       |  |
|-----------------------|-------|---------------------------|-------|--|
| <b>Achternaam:</b>    | ..... | <b>Voorletters:</b>       | ..... |  |
| <b>Geboortedatum:</b> | ..... | <b>Handtekening kind:</b> | ..... | <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE |

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

|                                     |       |               |       |
|-------------------------------------|-------|---------------|-------|
| <b>Handtekening ouder of voogd:</b> | ..... | <b>Datum:</b> | ..... |
|-------------------------------------|-------|---------------|-------|



Arts op zak

Wij maken gebruik van de **app Arts op zak**.

Hiermee kunt u 24 uur per dag, 7 dagen in de week online zorgzaken regelen bij uw huisarts. Zo kunt u bijvoorbeeld online een afspraak maken, herhaalmedicatie bestellen of een bericht sturen. Om u aan te melden heeft u een e-mailadres en DigiD nodig.

Voor meer informatie ga naar [www.artsopzak.nl](http://www.artsopzak.nl)