

INSCHRIJFFORMULIER HUISARTSENPRAKTIJK REITDIEP, HUISARTSEN & APOTHEEK

Hierbij schrijf ik mij in bij Huisartsenpraktijk Reitdiep en machtig ik de praktijk tot het afmelden bij mijn vorige huisarts en het opvragen van mijn gehele medische dossier.

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 samenwonend. Ik ben getrouwd gescheiden weduwe/weduwnaar.
Ik heb wel of geen thuiswonende kinderen, indien ja? Aantal: thuiswonende kinderen.

Naam vorige huisarts: Vestigingsplaats:
Adres: Telefoon:
Reden van inschrijving: verhuizing / afstand of probleem / geschil met vorige huisarts

Naam vorige apotheek: Vestigingsplaats:
Adres: Telefoon:

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.

Voorkeur afhalen medicatie, selecteer uw medicijn afhaallocatie:

- Locatie Ezinge, Haven 4 9891 BA te Ezinge.
- Locatie Oldehove, Molenstraat 11 9883PL te Oldehove.

Datum:

Handtekening :

Ruimte voor (eventuele) overige opmerkingen:

.....
.....

Waar moet u zelf voor zorgen:

- Uw oude huisarts inlichten

Bedankt voor uw medewerking,
Namens Huisartsenpraktijk Reitdiep

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.