

INSCHRIJFFORMULIER

Identificatie verplicht, graag meenemen een kopie (beide kanten) van het identiteitsbewijs

Datum:

Praktijk:

Mw. M.C. Roovers, huisarts

Dhr. N. Verdoes, huisarts

Praktijk:

Mw. A.H. Smit, huisarts

Mw. A.W.M. Spit, huisarts

Omcirkel de apotheek waar u ingeschreven wilt worden:

Apotheek Sassenheim, Hoofdstraat 190

De Mensen Apotheek, Jan van Brabantweg 51

Wie was uw vorige huisarts?

Naam:.....

Adres:.....

Plaats:.....

GEGEVENS WOONVERBAND:

Familienaam:

Adres:.....Postcode.....

Woonplaats:.....Telefoonnummer.....

Patiënt 1:

Voorletters.....Roepnaam.....Achternaam.....

Geboortedatum.....man/vrouw Beroep.....

Naam zorgverzekeraar.....Polisnr.....

Identificatienummer rijbewijs/paspoort.....

Mobiel:.....

E-mail:.....

Huidige medicatie:.....

.....

BSN nummer:

Roken: ja/nee/voorheen

Patiënt 2:

Voorletters.....Roepnaam.....Achternaam.....
Geboortedatum.....man/vrouw Beroep.....
Naam zorgverzekeraar.....Polisnr.....
Identificatienummer rijbewijs/paspoort.....
Mobiel:.....
E-mail:.....
Huidige medicatie:.....
.....
BSN nummer:
Roken: ja/nee/voorheen

Patiënt 3:

Voorletters.....Roepnaam.....Achternaam.....
Geboortedatum.....man/vrouw Beroep.....
Naam Zorgverzekeraar..... Polisnr.....
Identificatienummer rijbewijs/paspoort.....
Mobiel:.....
E-mail:.....
Huidige medicatie:.....
.....
BSN nummer:
Roken: ja/nee/voorheen

Patiënt 4:

Voorletters.....Roepnaam.....Achternaam.....
Geboortedatum.....man/vrouw Beroep.....
Naamzorgverzekeraar.....Polisnr.....
Identificatienummer rijbewijs/paspoort.....
Mobiel:.....
E-mail:.....
Huidige medicatie:.....
.....
BSN nummer:
Roken: ja/nee/voorheen

Patiënt 5:

Voorletters.....Roepnaam.....Achternaam.....

Geboortedatum.....man/vrouw Beroep.....

Naamzorgverzekeraar.....Polisnr.....

Identificatienummer rijbewijs/paspoort.....

E-mail:.....

Mobiel:.....

Huidige medicatie:.....

.....

BSN nummer:

Roken: ja/nee/voorheen

DIT GEDEELTE ALLEEN IN TE VULLEN DOOR ASSISTENTE:

Patiënt aangemeld bij Ion	ja/nee
Identificatie compleet	ja/nee
Patiënt formulier laten invullen om med.gegevens op te vragen bij vorige huisarts	ja/nee
Vergewissing	ja/nee
WID identificatie	ja/nee
MGN	ja/nee
Opt in	ja/nee

GEZONDHEIDSCENTRUM RUSTHOFFLAAN SASSENHEIM

Aan de vorige huisarts

Naam :
Adres :
Postcode/Woonplaats :

Bij ons zijn onlangs in de praktijk ingeschreven de volgende patiënt(en)

Naam	Geboortedatum
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

Nieuw Adres :
Postcode/Woonplaats :
Telefoonnummer :
Datum van inschrijving :

Wij willen u vragen deze patiënt(en) uit te schrijven uit uw praktijk en het ION register.

Alvast hartelijk dank voor uw medewerking.

- ☐ Maaïke Roovers-Schellekens & Niels Verdoes, huisartsen
☐ Annelies Smit & Angela Spit, huisartsen

Rusthofflaan 50A
2171 EX Sassenheim
Tel: 0252-213344
Fax: 0252-218418

Hierbij ga ik akkoord met het opvragen van mijn medische gegevens bij mijn vorige huisarts.
Ik verzoek u het medisch dossier van mij/mijn gezin naar mijn nieuwe huisarts te sturen.

Naam :
Datum :
Handtekening :

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:

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:

☐ M ☐ V

Geboortedatum:

☐ JA ☐ NEE

Handtekening kind:

Voor- en achternaam:

☐ M ☐ V

Geboortedatum:

☐ JA ☐ NEE

Handtekening kind:

Datum:

Handtekening ouder of voogd:

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