



Geachte heer/mevrouw,

U heeft zich aangemeld bij onze praktijk en wij heten u van harte welkom.

Het is van groot belang dat iedereen die in Nederland een woonadres heeft staat ingeschreven bij een huisartsenpraktijk. Bij wisselen van huisartsenpraktijk hoort een juiste inschrijving, maar ook de uitschrijving bij uw vorige huisarts goed geregeld te worden. Dit is met name erg belangrijk omdat zorgverzekeraars namens u betalingen verrichten aan huisartsen. Het moet dus voor alle partijen glashelder zijn waar en wanneer iemand staat ingeschreven.

Dit voorkomt problemen in het betalingsverkeer waar u als ingeschrevene last van zou kunnen krijgen. Daarom verzoeken wij u onderstaand formulier goed te lezen, in te vullen en **te ondertekenen**.

Hierbij schrijf ik mij (tot wederopzegging) in bij:

Huisartsenpraktijk Sas van Gent, Oranjestraat 2, 4551 AB Sas van Gent.

Tevens machtig ik deze praktijk om mij af te melden bij mijn vorige huisarts/apotheek en verzoek ik deze praktijk en apotheek mijn dossier op te sturen.

Verzoek aan vorige huisarts en apotheek om dossier en medicatieoverzicht digitaal te verzenden.

Achternaam: M / V Voorletters:

Roepnaam:

Geboortedatum: (dag – mnd – jaar)

Geboorteplaats:

Adres:

Postcode / Plaats

Telefoon: Mobiele telefoon:

E-mail adres:

BSN:

Naam Verzekering: Polis/klantnummer:

Beroep:

Burgerlijke staat :

Reeds familieleden/huisgenoten ingeschreven in onze praktijk? J / N

Waarschuwen in geval van nood/contactpersoon:

Naam: Telefoonnummer:

Vorige huisarts:

Naam: Telefoonnummer:

Reden inschrijving/wissel praktijk:

Vorige apotheek:..... faxnummer:.....

Datum:

Handtekening:

Invullen door medewerker

WID-controle

ID/PP/RBW/VrDoc

Nr:

Paraaf:

Toestemmingsformulier



volg je zorg

Beschikbaar stellen van jouw medische gegevens via het LSP

Ik geef wel/geen toestemming aan onderstaande zorgverlener(s) 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 toestemming? (zorgverlener 1) | <input type="checkbox"/> mijn huisarts | <input type="checkbox"/> JA |
| Naam: | <input type="checkbox"/> mijn apotheek | <input type="checkbox"/> NEE |
| Adres: | | |
| Postcode en plaats: | | |

| | | |
|---|--|------------------------------|
| Voor welke andere zorgverlener regel je toestemming? (zorgverlener 2) | <input type="checkbox"/> mijn huisarts | <input type="checkbox"/> JA |
| Naam: | <input type="checkbox"/> mijn apotheek | <input type="checkbox"/> NEE |
| Adres: | | |
| Postcode en plaats: | | |

Mijn gegevens vergeet niet je handtekening te zetten

| | | | |
|----------------------|--------------------|----------------------------|----------------------------|
| Achternaam: | Voorletters: | <input type="checkbox"/> M | <input type="checkbox"/> V |
| Naam: | | | |
| Adres: | | | |
| Geboortedatum: | | | |
| Handtekening: | Datum: | | |

Wil je toestemming regelen voor jouw kinderen?

- Voor kinderen tot 12 jaar: jij 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.

| | | | |
|----------------------|--|-----------------------------|------------------------------|
| Achternaam: | Voornaam: | <input type="checkbox"/> M | <input type="checkbox"/> V |
| Geboortedatum: | <input type="checkbox"/> Zorgverlener 1: | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE |
| Handtekening: | <input type="checkbox"/> Zorgverlener 2: | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE |

| | | | |
|----------------------|--|-----------------------------|------------------------------|
| Achternaam: | Voornaam: | <input type="checkbox"/> M | <input type="checkbox"/> V |
| Geboortedatum: | <input type="checkbox"/> Zorgverlener 1: | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE |
| Handtekening: | <input type="checkbox"/> Zorgverlener 2: | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE |

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

| | |
|------------------------------------|--------------|
| Handtekening ouder of voogd: | Datum: |
|------------------------------------|--------------|

Lever dit formulier in bij (één van) de zorgverlener(s) bij wie je toestemming regelt.