

## Inschrijfgegevens

Datum: .....

Naam:.....

Meisjesnaam (indien van toepassing):.....

Voorletters:.....Geslacht:.....

Roepnaam:.....Geboortedatum:.....

Geboorteplaats:.....Burgerlijke staat:.....

Adres:.....

Postcode:.....Woonplaats:.....

Telefoonnummer: ..... Mobiel: .....

Emailadres:.....

*Naam contactpersoon (indien van toepassing):.....*

*Telefoonnummer contactpersoon:.....*

*Relatie contactpersoon (bijvoorbeeld: dochter/buurvrouw):.....*

Zou u mail van ons willen ontvangen, bijvoorbeeld onze nieuwsbrief?      JA / NEE

Zorgverzekeraar:.....

Relatienummer / polisnummer:.....

Burgerservicenummer:.....

ID-kaart/Paspoortnr / rijbewijsnr (doorhalen wat n.v.t. is): :.....

Heeft u eerder ingeschreven gestaan in onze praktijk?      ja / nee

Woont u samen met iemand die al patiënt is in deze praktijk?

    Zo ja, met? .....geboren op:.....

Naam vorige huisarts: .....

Neem bij uw inschrijving of bij het eerste consult in onze praktijk uw ID-kaart/paspoort mee zodat u zich kan identificeren, dit geldt voor alle leeftijden.

*Voor meer informatie verwijzen wij u naar onze website.*

Wij willen u vragen zelf aan uw vorige huisarts door te geven dat u nu ingeschreven bent bij onze praktijk zodat hij/zij uw medisch dossier op kan sturen.

Tevens verzoeken wij u ook om aan uw zorgverzekeraar deze wijziging door te geven.



## Inschrijfformulier

Dit inschrijfformulier bevat een verklaring van een patiënt van inschrijving binnen een huisartsenpraktijk en kan gebruikt worden als verzoek tot correctie van huisartsdeclaraties.

### Gegevens huisarts

Naam huisarts : Dr. Rijkers, Dr. Holwarda, Dr. Bontjer  
Adres praktijk : Valkeniersweg 79 ; 7833 EW Nieuw-Amsterdam  
AGB-code huisarts : 24034, 27488, 28790  
AGB-code praktijk : 010-59452

Patiënt verklaart bij bovenstaande huisarts in zijn/haar praktijk op naam te zijn ingeschreven met (indien van toepassing) zijn/haar gezinsleden.

### Onderstaande door patiënt(e) zelf in te vullen

Inschrijfdatum huisartsenpraktijk : .... - ..... - .....(dd-mm-jaar)

Naam patiënt :  
Geboortedatum :  
Zorgverzekeraar :  
Relatienummer :

Datum : Handtekening:

Geeft u toestemming voor uitwisseling van uw medisch dossier?

- Ja**
- Nee**

NB indien meerdere gezinsleden bij één huisarts staan ingeschreven, graag de afzonderlijke geboortedata en relatienummers vermelden van ieder gezinslid.  
Er is dan echter maar één handtekening benodigd.

*Neem bij uw inschrijving of bij het eerste consult in onze praktijk uw ID-kaart/paspoort mee zodat u zich kan identificeren, dit geldt voor alle leeftijden.  
Voor meer informatie verwijzen wij u naar onze website.*

## Toestemmingsformulier LSP

In verband met de avond- en weekenddiensten en spoedeisende hulp, is elektronische uitwisseling van informatie via een beveiligd netwerk nodig.

Wij vragen u daarom éénmalig toestemming voor deze uitwisseling.

Meer informatie vindt u op de website [www.ikgeeftoestemming.nl](http://www.ikgeeftoestemming.nl) of in de folder verkrijgbaar bij de balie.

Middels dit formulier kunt u tevens toestemming geven aan apotheek de Vaart voor de uitwisseling van uw gegevens.

*Heeft u dit formulier bij uw huisarts óf bij apotheek de Vaart reeds ingevuld, dan hoeft u dit formulier niet nogmaals in te vullen.*

- JA** ik geef toestemming aan apotheek de Vaart om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners.
- JA** ik geef toestemming aan Huisartsenpraktijk Tweelingdorp om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners.
- Nee**, ik geef geen toestemming.

**Voorletter(s):**

**Achternaam:**

**Geboortedatum:**

- Ik geef ook toestemming voor mijn minderjarige, thuiswonende kinderen

**Uw handtekening:** .....

*U kunt dit formulier inleveren bij de balie van de praktijk.*

