

Om uw inschrijving goed te laten verlopen vragen wij van u het volgende:

- Dit formulier a.u.b. zorgvuldig en volledig invullen.
- Breng uw vorige huisarts op de hoogte van uw vertrek.
- Neem bij inlevering van dit inschrijfformulier een geldig identiteitsbewijs en een geldige zorgpas mee, zodat wij beschikken over de juiste documentnummers.

<b>Persoonsgegevens:</b>	
Achternaam	
Voorletters	
Roepnaam	
Geslacht	Man / Vrouw
Geboortedatum	
Burgerservicenummer	
Burgerlijke Staat	Alleenstaand – Samenwonend – Getrouwd – Gescheiden – Weduwe/Weduwenaar

<b>Adresgegevens:</b>	
Straatnaam	
Huisnummer	
Postcode	
Woonplaats	
Telefoonnummer Thuis	
Telefoonnummer Mobiel	
E-mailadres	

<b>Verzekeringsgegevens:</b>	
Verzekeringsmaatschappij	
Verzekeringsnummer	

Legitimatie:	
Legitimatiebewijs	Paspoort / Identiteitskaart
Paspoort/ ID Nummer	
Paspoort/ ID Geldig t/m	

Vorige huisarts:	
Naam (huisarts)	
Adres (huisarts)	
Woonplaats (huisarts)	
Telefoon (huisarts)	

Overigen:	
Apotheek	
Contactpersoon (Naam+Tel)	

Belangrijke Gegevens / Opmerkingen (bijv. t.b.v. medicatiebewaking allergie, geschiedenis, overgevoeligheid, ziekte, zwangerschap, borstvoeding etc.)

Toestemming overdracht medisch dossier:			
<i>Voor het opsturen van uw dossier is uw toestemming nodig. Met ondertekening van dit formulier machtigt u uw oude huisarts om uw gegevens naar ons door te sturen.</i>			
Per (datum)		Handtekening	

U kunt het formulier afgeven aan de balie van Huisartsenpraktijk Polinder. Nadat u zich heeft geïdentificeerd met een geldig legitimatiebewijs kan de inschrijving definitief gemaakt worden. Op de volgende pagina kunt u overige gezinsleden ook direct inschrijven.

Inschrijfdatum: . . - . . - . . . .

# 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

Naam: .....

Adres: .....

Postcode en plaats: .....

## Mijn gegevens vergeet niet je handtekening te zetten

Achternaam: .....

Voorletters: .....

M  V

Adres: .....

Postcode en plaats: .....

Geboortedatum: .....

Handtekening: .....

Datum: .....

## 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.**

Achternaam: .....

Voorletters: .....

M  V

Geboortedatum: .....

Handtekening  
kind: .....

JA  NEE

Achternaam: .....

Voorletters: .....

M  V

Geboortedatum: .....

Handtekening  
kind: .....

JA  NEE

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

Handtekening  
ouder of voogd: .....

Datum: .....

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