



Huisartsenpraktijk Saunier

Inschrijfformulier

Geachte heer/mevrouw,

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

Wij willen u vragen om het inschrijfformulier in te vullen en in te leveren bij de assistente. Zij zal contact met u opnemen voor fysieke identificatie.

Vul voor elk gezinslid een apart formulier in.

- Voor kinderen tot 12 jaar: je geeft als ouder(s) of voogd toestemming.
- Voor kinderen van 12 tot 16 jaar die toestemming willen geven: zowel jij als ouder(s) of voogd én het kind zetten allebei een handtekening.
- Voor kinderen van gescheiden ouders dienen beide ouders toestemming te geven voor overdracht van het medisch dossier van het kind.
- Kinderen vanaf 16 jaar geven zelf toestemming en vullen een eigen formulier in.

Door ondertekening van dit formulier geeft u toestemming dat wij uw medisch dossier opvragen bij uw vorige huisarts. Hierdoor zijn wij goed op de hoogte van uw medische voorgeschiedenis. U dient zich ook uit te schrijven bij uw huidige huisarts.

Persoonsgegevens

Achternaam : _____

Voornamen : _____

Roepnaam : _____

Geboortedatum : ____ / ____ / ____ (dd/mm/jjjj)

Geboorteplaats: _____

Geslacht : M / V

BSN nummer : _____

ID/paspoort : _____

Beroep/ opleiding : _____

Adres- en contactgegevens

Straat : _____ nr. _____

Postcode + plaats: _____

Telefoon thuis : _____

Telefoon mobiel : 06 _____

E-mail adres : _____

**Huisartsenpraktijk
Saunier**

Averbergen 3b,
8121 CA Olst

T 0570 – 561292

E huisartsenpraktijksaunier@hcdo.nl

E ManagerSaunier@hcdo.nl (zakelijk)

W huisartsenpraktijksaunier.nl

KVK 84133597

IBAN NL95 ABNA 0105 2106 76

f Huisartsenpraktijk Saunier

@huisartsenpraktijk_saunier



Huisartsenpraktijk Saunier

Verzekeringsgegevens

Zorgverzekering : _____

Polisnummer : _____

Uw apotheek

☐ Apotheek Olst

Uw vorige huisarts

Naam : _____

Straat : _____ nr. _____

Postcode : _____

Plaats : _____

Telefoonnummer : _____

Toestemming voor het uitwisselen van medische gegevens

Tevens willen wij u vragen of u toestemming geeft voor het uitwisselen van medische gegevens met andere zorgverleners zoals de apotheek, de huisartsenpost en het ziekenhuis, en het beschikbaar stellen van een deel van uw medische gegevens aan het landelijk schakelpunt (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 '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.

Voor welke zorgverlener regel je toestemming?

☐ Mijn Huisarts

☐ Mijn Apotheek

☐ Ik wil gebruik maken van MijnGezondheid.net

Ondertekening

Handtekening:

Datum:

_____ / _____ / _____ (dd/mm/jjjj)

Handtekening ouder(s)/ voogd

1

Datum:

_____ / _____ / _____ (dd/mm/jjjj)

Handtekening ouder(s) 2

Datum:

_____ / _____ / _____ (dd/mm/jjjj)