

Huisartsenpraktijk Almkerk

C. den Haan
 W.A.C. van Herwijnen-de Rooij
 Voorstraat 5d
 4286 AK Almkerk

VERKLARING VAN INSCHRIJVING PATIENT(EN)

Bij inleveren geldig identiteitsbewijs meenemen

Naam	M / V	BSN nr
Voorletter		
Adres/postcode	Geboortedatum	
Woonplaats		
Telefoon nr	@ mail	
Zorgverzekeraar	Relatie/verzekerden nr:	

Gezinsleden :

Naam	Voorletters	Roepnaam (evt)	m/v	Geboortedatum
BSN nr	Zorgverzekeraar	Relatienr:		

Naam	Voorletters	Roepnaam	m/v	Geboortedatum
BSN nr	Zorgverzekeraar	Relatienr:		

Naam	Voorletters	Roepnaam	m/v	Geboortedatum
BSN nr	Zorgverzekeraar	Relatienr:		

Naam	Voorletters	Roepnaam	m/v	Geboortedatum
BSN nr	Zorgverzekeraar	Relatienr:		

Is/ zijn met ingang van ingeschreven bij bovengenoemde huisartsenpraktijk en verklaart dat genoemde huisartsen zijn/haar/hun vaste huisartsen zijn

Vorige huisarts:	
Plaats	
Telefoonnummer	

Datum:

Handtekening

	Datum	paraaf
Ingeschreven		
Geldige COV		

Identiteit: paspoort/ rijbewijs/ IDkaart
Nr:
Aangenomen door:

Huisartsenpraktijk Almkerk
C. den Haan
W.A.C. van Herwijnen-de Rooij
Voorstraat 5d
4286 AK Almkerk
Tel 0183 409090

Apotheek Almkerk
J. Pas
J. van der Linde
Voorstraat 5a
4286 AK Almkerk
Tel 0183 409767

TOESTEMMINGSFORMULIER

ELEKTRONISCH UITWISSELEN VAN MEDISCHE GEGEVENS

Let op: u moet beide invullen; voor huisarts en apotheker!

JA voor de huisarts

Ik geef toestemming aan de huisarts om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners via het LSP zoals in de brochure 'Uw medische gegevens elektronisch delen' en/of de folder 'Beter geholpen met goede informatie van VZVZ' is aangegeven

JA voor de apotheker

Ik geef toestemming aan de apotheker om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners via het LSP zoals in de brochure 'Uw medische gegevens elektronisch delen' en/of de folder 'Beter geholpen met goede informatie van VZVZ' is aangegeven

NEE voor de huisarts

Ik geef geen toestemming aan de huisarts om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners via het LSP zoals in de brochure 'Uw medische gegevens elektronisch delen' en/of de folder 'Beter geholpen met goede informatie van VZVZ' is aangegeven

NEE voor de apotheker

Ik geef geen toestemming aan de apotheker om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners via het LSP zoals in de brochure 'Uw medische gegevens elektronisch delen' en/of de folder 'Beter geholpen met goede informatie van VZVZ' is aangegeven

Naam:.....m/v voorletter

Adres.....BSN.....

Postcode woonplaats.....geboorte dd

HANDTEKENING:

DATUM:

WILT U TOESTEMMING REGELEN VOOR UW KIND(EREN)?

Voor kinderen tot 12 jaar geeft de ouder/voogd toestemming. Hiervoor kunt u dit formulier gebruiken

Kinderen vanaf 16 jaar geven zelf toestemming.

Voor kinderen van 12 tot 16 jaar die toestemming willen geven, moet zowel de ouder/voogd als het kind zijn handtekening zetten.

Het kind kan een eigen formulier invullen of hieronder zijn/haar handtekening zetten.

GEGEVENS VAN MIJN KIND(EREN)

Handtekening kind

Vul hieronder de gegevens in van het kind of de kinderen voor wie u toestemming wilt regelen. Kinderen van 12 tot 16 jaar tekenen zelf voor wel of geen toestemming. Vergeet niet hieronder ook uw eigen handtekening te zetten.

JA GEBOORTEDATUM:

M **V**

NEE VOOR- EN ACHTERNAAM:

JA GEBOORTEDATUM:

M **V**

NEE VOOR- EN ACHTERNAAM:

JA GEBOORTEDATUM:

M **V**

NEE VOOR- EN ACHTERNAAM:

JA GEBOORTEDATUM:

M **V**

NEE VOOR- EN ACHTERNAAM:

HANDTEKENING:

Ouder/Voogd

DATUM:

LEVER DIT FORMULIER IN BIJ UW HUISARTS OF APOTHEEK.