

HUISARTSENPRAKTIJK WESTDORP

Jan van Arkelstraat 1

8101 EN Raalte

0572 346860

<https://www.huisartsenwestdorp.nl/>

INSCHRIJF FORMULIER VOLWASSENEN:

=====
Woont u met meerdere personen op 1 adres dan moet voor ieder apart een inschrijfformulier worden.
=====

Achternaam: _____

Meisjesnaam: _____

Voorletters: _____

Voornaam: _____

Geboortedatum: _____ - _____ - _____ Geboorteland: _____

BSN nummer: _____ **aub kopie ID toevoegen**

Geslacht: M/V (doorhalen wat niet van toepassing is)

Adres: _____

Postcode/plaats: _____

Vast telefoonnummer: _____

Mobiel nummer: 06- _____

Email adres: _____ @ _____

Zorgverzekering: _____ Polisnr: _____

Wat is uw beroep/opleiding: _____

Momenteel werkzaam: 0 ja 0 nee 0 Pensioen 0 Vut 0 Arbeidsongeschikt 0 Werkloos

Naam en adres vorig huisarts: _____

Als uw partner hier al is ingeschreven noteer dan hieronder de gegevens:

Naam partner: _____ Geboortedatum: - -

Huisarts: _____

Vergeet niet de andere zijde van dit formulier ook in te vullen!

Burgerlijke stand:(aub aankruisen wat van toepassing is)

- Gehuwd
- geregistreerd partnerschap
- samenwonend
- weduwe/-naar
- gescheiden zonder kinderen
- gescheiden met kinderen
- alleenstaand zonder kinderen
- alleenstaand met kinderen.

Heeft u kinderen: _____ ja/nee

Hoeveel kinderen heeft u: _____ Leeftijd: _____

Thuis wonende kinderen: _____ ja/nee

Wat is uw woonsituatie: (aankruisen van toepassing is)

- gezin
- één ouder gezin
- samengesteld gezin
- alleen wonend
- verpleeg/verzorgingshuis
- woonvorm/begeleid wonen
- op kamers

Naam: _____

Naam: _____

Heeft u een Mantelzorger: _____ ja/niet van toepassing

Zo ja: wilt u dan hieronder noteren:

Naam mantelzorger: _____

Wat is uw relatie: _____

Telefoonnummer: _____ bij geen gehoor: _____

Vergeet u niet dat u verplicht bent om uzelf af te melden bij uw vorige huisarts en hen te verzoeken om uw medische gegevens door te sturen naar ons.

Bij welke apotheek wilt u worden ingeschreven, Apothekers van Salland locatie:

___ **Westdorp** ___ **Noord** (aankruisen aub)

Datum: - -

Handtekening:

Nieuwe huisarts : (in te vullen door assistente)

___ **J.J. Nijman** ___ **E.F. van der Velde** ___ **E.F. Venemans** ___ **E.M. Hommes** ___ **M.H.E. Broekman**

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 'Jouw medische gegevens beschikbaar via het Landelijk Schakelpunt (LSP)'.

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 'Jouw medische gegevens beschikbaar via het Landelijk Schakelpunt (LSP)'.

Gegevens huisarts of apotheek

Voor welke zorgverlener regel je toestemming?

- mijn huisarts
 mijn apotheek

Naam:

Adres:

Postcode en plaats:

Wil je nog een zorgverlener toestemming geven? Vraag dan een extra toestemmingsformulier.

Mijn gegevens vergeet niet je handtekening te zetten

Achternaam: Voorletters: M V

Adres:

Postcode en plaats:

Geboortedatum: Datum: Handtekening:

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: Voornaam: M V

Geboortedatum: Handtekening kind: JA NEE

Achternaam: Voornaam: 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.