**Inschrijfformulier** Zodra wij U inschrijven krijgt uw vorige huisarts hier een melding van, neemt u alstublieft contact met uw vorige huisarts op, om dit te bevestigen. Breng uw inschrijfformulier altijd persoonlijk langs in de praktijk bij onze doktersassistente. Neem een geldig ID bewijs mee.

**Toestemming** Met het invullen van dit formulier schrijft u zich in bij onze praktijk. U verleent toestemming voor het opvragen van uw gegevens bij uw vorige huisarts en apotheek.  
Indien u dit formulier invult voor een kind jonger dan 16 jaar en u deelt het gezag, dan moet ook de andere ouder (of voogd) akkoord zijn. Vanaf 12 jaar dient ook het kind mee te tekenen.

Een kind/jong volwassene vanaf 16 jaar geeft zelf toestemming voor de inschrijving en voor opvragen gegevens.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Datum |  |  |  |
| Achternaam, voorletters |  | Roepnaam |  |
| Meisjesnaam |  | M / V |  |
| Geboortedatum |  |  |  |
| Geboorteplaats |  |  |  |
| Adres |  |  |  |
| Postcode |  |  |  |
| Plaats |  |  |  |
| Telefoon thuis |  | Mobiel |  |
| Burgerlijke staat |  |  |  |
| BSN |  |  |  |
| Emailadres |  |  |  |
| Zorgverzekeraar |  | Polisnr. |  |
| Naam en plaats vorige huisarts |  |  |  |
| Naam en plaats vorige apotheek |  |  |  |
| Geeft U toestemming voor het  opvragen van uw medisch dossier  bij de vorige huisarts? | Ja / Nee |  |  |
| Gegevens evt. kinderen: voorletters, achternaam, roepnaam | | Geb.datum | BSN nummer |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
| Indien kind jonger dan 16 jaar: deelt u het gezag over het kind met een ander ouder? Zo ja, is deze ouder ook akkoord met deze inschrijving? | | Ja / Nee  Ja / Nee / Niet bekend | |

Medicatie? Ja/nee *Graag ontvangen wij een medicatieoverzicht van uw apotheek.*

Allergie/Intolerantie voor medicatie? Ja/nee? Zo ja, waarvoor?

Handtekening:

**Gegevensuitwisseling Landelijk Schakelpunt**

Wij verzoeken u om ook na te denken over het uitwisselen/delen van medische gegevens. Ons advies is om in ieder geval toestemming te geven voor het inzien van uw medicatie en allergie gegevens. (zie op onze website; ‘Landelijk Schakelpunt’ of op vzvz.nl) Voor kinderen tot 12 jaar geeft de ouder/voogd toestemming. Kinderen vanaf 16 jaar geven zelf toestemming.Voor kinderen van 12 tot 16 jaar geldt dat zowel de ouder/voogd als het kind toestemming moet geven.

# TOESTEMMINGSFORMULIER Logo_vZVZ_algemeen_ZWW

**ELEKTRONISCH UITWISSELEN VAN MEDISCHE GEGEVENS**

1. **Ja**

Ik geef toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners*. (indien u alleen een gedeelte, bijvoorbeeld medicatie en allergie gegevens beschikbaar wilt stellen, geeft u dat dan duidelijk aan)*

**0 Nee**

Ik geef geen toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners.

**MIJN GEGEVENS**

ACHTERNAAM: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

VOORLETTERS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 0 M 0 V

ADRES: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

POSTCODE EN PLAATS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

GEBOORTEDATUM: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATUM EN HANDTEKENING:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**LEVER DIT FORMULIER IN BIJ ONDERSTAANDE ZORGVERLENER**

L.MEERMAN, APOTHEEKHOUDEND HUISARTS

DORPSSTRAAT 34, 7218 AH ALMEN Tel 0575-431255 Email; assistente@praktijkalmen.nl