

Inschrijfformulier

U kunt zich inschrijven via dit formulier. Neem deze ingevuld, geprint en getekend mee naar de praktijk. Vergeet uw zorgverzekeringspas en ID kaart niet mee te nemen! Aan de balie kunt u uw inschrijving voltooien. Bent u slecht ter been en lukt het u niet om naar de praktijk toe te komen voor uw inschrijving? Belt u ons gerust even op. Onze vertrouwenspersoon komt graag bij u langs om dit samen met u in orde te maken.

Persoonsgegevens

Achternaam

Partnersnaam

Voorletters

Roepnaam

Geboortedatum

Geboorteplaats

Geslacht

Man

Vrouw

Gender neutraal

Burgerlijke staat

Telefoonnummer

Mobiel

Burgerservicenummer

E-mailadres

Adresgegevens

Adres

Postcode

Woonplaats

Verzekeringsgegevens

Naam zorgverzekeraar

Verzekeringsnummer

Verzekering begindatum

Vorige huisarts

Naam

Adres

Postcode

Woonplaats

Telefoonnummer

Email

Hoe heeft u ons gevonden?

- krant
- via relaties, kennissen
- social media
- folder
- via andere praktijk
- op andere wijze.

Datum

Handtekening

Huisartsen Schiphol e.o.
Sloterweg 303
1171 VC Badhoevedorp
Tel.: 020 705 45 00
Fax: 020 225 00 30

Geachte heer/mevrouw,

Hierbij schrijf ik ik mij per heden in bij huisartsen Schiphol e.o. en wil ik me bij u uitschrijven.
Tevens machtig ik de bovengenoemde praktijk om mijn medisch dossier op te vragen.

Mijn gegevens

Voor- en achternaam

Geboortedatum

Burgerservicenummer

Geslacht

Telefoonnummer

Adres

Postcode

Woonplaats

Gegevens vorige huisarts

Naam

Adres

Postcode

Woonplaats

Telefoonnummer

Datum inschrijving huisartsen Schiphol e.o.

Handtekening

Toestemmingsformulier

Beschikbaar stellen van je 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

Achternaam: Voorletters: M V

Adres:

Postcode en plaats:

Geboortedatum:

Handtekening: Datum:

.....

Vergeet niet je handtekening te zetten.

Z.O.Z.

Wil je toestemming regelen voor je kinderen?

- Voor kinderen tot 12 jaar: je geeft als ouder of voogd toestemming.
- 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 je eigen handtekening te zetten.

Voor- en achternaam: M V

Geboortedatum:

JA **NEE** Handtekening kind:

Voor- en achternaam: M V

Geboortedatum:

JA **NEE** Handtekening kind:

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.**