**Huisartsenpraktijk Wouterswoude**

Foarwei 70A

9113PE Wâlterswald

Tel: 0511422402

**Inschrijfformulier**

Hartelijk welkom in onze praktijk. Met het ondertekenen van dit formulier gaat u – tot wederopzegging - akkoord met inschrijving bij ons in de praktijk en onze praktijkvoorwaarden. Tevens geeft u hiermee toestemming voor het opvragen van uw medische dossier bij uw vorige huisarts. Graag vragen wij u ook om het privacyreglement op onze website te lezen, hierin staat hoe wij omgaan met uw gegevens. De overheid verplicht ons uw identiteit vast te stellen alvorens u kan worden ingeschreven, we willen u vragen de eerste keer dat u bij ons op de praktijk komt langs de balie te gaan om uw identiteitsbewijs te laten zien. We vragen u het onderstaande formulier volledig ingevuld te mailen (info@hapww.nl) of op de praktijk te brengen. Denkt u ook aan het LSP toestemmingsformulier? Dit mag ook digitaal via de link op onze website. Op uw inschrijving rust het medisch beroepsgeheim.

Voornaam: ............................................................... M V Voorletters: ………………………………………… Achternaam: ................................................................... Geboortedatum: .........-...........-.............. Adres: .............................................................................. Postcode: ……….………………………………………………………… Woonplaats: .................................................................... Vaste telefoon:............................................................. Mobiele telefoon: ……………………………………………………….. E-mail:........................................................................... BSN (=sofinummer) : ………………………………………………..… Verzekering: ……………………………………………………………….. Verzekeringsnummer: ……………………………………………..

Naam vorige huisarts: ..................................................... Vestigingsplaats:....................................................... Adres: …………………………………………………………………………. Telefoon:...................................................................

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Nieuwe apotheek: Apotheek de Dokkumer Wâlden te Damwâld anders nl.…………………………………………………

Griepvaccinatie: JA NEE

Controles bij praktijkondersteuner voor: suikerziekte hoge bloeddruk astma COPD

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Hierbij schrijf ik mij in bij Huisartsenpraktijk Wouterswoude en machtig ik de praktijk tot het afmelden bij mijn vorige huisarts en het opvragen van mijn gehele medische dossier.

datum: ……………………….……………………………………… handtekening:…………………..……………..…………………..

**Op de achterkant van dit formulier kunt u indien nodig andere gezinsleden inschrijven.**

Kinderen vanaf 12 jaar dienen ook zelf toestemming te geven door middel van een handtekening.

**Geneeskundige Behandelingsovereenkomst**

Voornaam: ............................................................... M V Voorletters: ………………………………………… Achternaam: ................................................................... Geboortedatum: .........-...........-.............. Mobiele telefoon: ……………………………………………………….. E-mail:........................................................................... BSN (=sofinummer) : ………………………………………………..… Verzekering: ……………………………………………………………….. Verzekeringsnummer: ……………………………………………..

Hierbij schrijf ik mij in bij Huisartsenpraktijk Wouterswoude en machtig ik de praktijk tot het afmelden bij mijn vorige huisarts en het opvragen van mijn gehele medische dossier.

datum: ……………………….……………………………………… handtekening:…………………..……………..…………………..

Voornaam: ............................................................... M V Voorletters: ………………………………………… Achternaam: ................................................................... Geboortedatum: .........-...........-.............. Mobiele telefoon: ……………………………………………………….. E-mail:........................................................................... BSN (=sofinummer) : ………………………………………………..… Verzekering: ……………………………………………………………….. Verzekeringsnummer: ……………………………………………..

Hierbij schrijf ik mij in bij Huisartsenpraktijk Wouterswoude en machtig ik de praktijk tot het afmelden bij mijn vorige huisarts en het opvragen van mijn gehele medische dossier.

datum: ……………………….……………………………………… handtekening:…………………..……………..…………………..

Voornaam: ............................................................... M V Voorletters: ………………………………………… Achternaam: ................................................................... Geboortedatum: .........-...........-.............. Mobiele telefoon: ……………………………………………………….. E-mail:........................................................................... BSN (=sofinummer) : ………………………………………………..… Verzekering: ……………………………………………………………….. Verzekeringsnummer: ……………………………………………..

Hierbij schrijf ik mij in bij Huisartsenpraktijk Wouterswoude en machtig ik de praktijk tot het afmelden bij mijn vorige huisarts en het opvragen van mijn gehele medische dossier.

datum: ……………………….……………………………………… handtekening:…………………..……………..…………………..

Voornaam: ............................................................... M V Voorletters: ………………………………………… Achternaam: ................................................................... Geboortedatum: .........-...........-.............. Mobiele telefoon: ……………………………………………………….. E-mail:........................................................................... BSN (=sofinummer) : ………………………………………………..… Verzekering: ……………………………………………………………….. Verzekeringsnummer: ……………………………………………..

Hierbij schrijf ik mij in bij Huisartsenpraktijk Wouterswoude en machtig ik de praktijk tot het afmelden bij mijn vorige huisarts en het opvragen van mijn gehele medische dossier.

datum: ……………………….……………………………………… handtekening:…………………..……………..…………………..

**Vergeet u niet een kopie van uw identiteitsbewijs toe te voegen.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Toestemmingsformulier****Beschikbaar stellen van jouw medische gegevens via het LSP** |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  **JA** |  **NEE** |
| 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)’. | 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?** | **x mijn huisarts****🞏 mijn apotheek** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Naam:** | Huisartsenpraktijk Wouterswoude |
| **Adres:** | Foarwei 70A |
| **Postcode en plaats:** | 9113PE Wâlterswâld |
|  |  |

# Mijn gegevens vergeet niet je handtekening te zetten

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Achternaam:** |  | **Voorletters:** |  | **🞏 M** | **🞏 V** |
| **Adres:** |  |
| **Postcode en plaats:** |  |
| **Geboortedatum:** |  | **Handtekening:** |  |
|  |  | **Datum:** |  |
|  |  |  |  |  |  |

# 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:** |  | **Voorletters:** |  | **🞏 M** | **🞏 V** |
| **Geboortedatum:** |  | **Handtekening:** |  | **🞏 JA** | **🞏 NEE** |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Achternaam:** |  | **Voorletters:** |  | **🞏 M** | **🞏 V** |
| **Geboortedatum:** |  | **Handtekening:** |  | **🞏 JA** | **🞏 NEE** |
|  |  |  |  |  |  |

**Heb je meer dan twee kinderen? Vraag dan een extra toestemmingsformulier.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Handtekening****ouder of voogd:** |  | **Datum:** |  |
|  |  |  |