

## Inschrijfformulier

Huisartsenpraktijk Rietbergen  
 Kaaikhof 69  
 1567 JP Assendelft  
 Tel: 075-6501420

Om u in te schrijven in onze huisartsenpraktijk willen wij u vragen beide zijde van het onderstaande formulier volledig in te vullen en te ondertekenen.

Ook willen wij u er op attent maken dat u zich dient uit te schrijven bij uw vorige huisarts zodat uw medische gegevens overgedragen kunnen worden naar onze praktijk.

Bij het inleveren van het inschrijfformulier vragen wij u om een kopie identificatiebewijs (paspoort of rijbewijs) van alle gezinsleden. Wij zijn verplicht dit te doen i.v.m. de wetgeving (WID).

### Gegevens per gezinslid:

	Gezinslid 1	Gezinslid 2	Gezinslid 3
Achternaam			
Voornaam			
M/V			
Geboortedatum			
Naam zorgverz.			
Polisnr			
Mobiele nr.			
E-mailadres			

### Algemene gegevens:

Adres	
Postcode / Woonplaats	
Telefoonnummer	
Apotheek	
Naam vorige huisarts	
Plaats vorige huisarts	

### Verklaring zorgverzekering

Ik (vertegenwoordiger van eventueel bovengenoemde gezinsleden) verklaar dat huisartsenpraktijk Saendelft, M. Rietbergen te Assendelft per .....(datum) mijn / onze vaste huisartsenpraktijk is.

Datum..... Handtekening .....



## VEILIG NAAR DOKTER EN APOTHEEK

Voor een goede behandeling bij uw huisarts, apotheek, huisartsenpost of dienstapotheek is een goed dossier van belang. Als u onverwacht 's avond, 's nachts of in het weekeinde naar de huisartsenpost of dienstapotheek moet, dan hebben de huisarts en de apotheker uw dossier nodig om u veilig te kunnen helpen.

Door de Wet Bescherming Persoonsgegevens is dat vanaf 1 januari 2013 niet meer automatisch geregeld. U dient hiervoor ZELF toestemming te geven.

Uw huisarts en apotheker hopen dat u deze toestemming wilt geven, want als u niets doet kunnen uw gegevens niet meer worden uitgewisseld. Ook niet in noodsituaties.

Wij stellen uw dossier alleen ter beschikking aan zorgverleners die u behandelen.

Meer informatie vindt u op: <https://www.ikgeeftoestemming.nl/>

### Toestemming

Beschikbaar stellen van jouw medische gegevens via het LSP



JA

Ik geef **wel** toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens beschikbaar te stellen via het LSP.



NEE

Ik geef **geen** toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens beschikbaar te stellen via het LSP.

#### Gegevens huisarts of apotheek

Voor welke zorgverlener regel je toestemming?

mijn huisarts

mijn apotheek

#### **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.

Naam (ouder /voogd).....

Datum.....

Handtekening .....

Naam (kind tussen 12 en 16 jaar).....

Datum.....

Handtekening .....