

Inschrijfformulier

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

U moet zelf ook de oude huisarts inlichten dat u bij ons wordt ingeschreven zodat uw dossier wordt vrijgegeven en kan worden overgezet.

Bij het inleveren van het inschrijfformulier vragen wij u om van alle gezinsleden een identiteitsbewijs te laten zien.

Wij zijn verplicht dit te controleren in verband met de wetgeving (WID).

Gegevens per gezinslid:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Achternaam | Voornaam | M/V | Geboortedatum | BSN nummer | Controle  door praktijk |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Algemene gegevens:

|  |  |
| --- | --- |
| Adres |  |
| Postcode / Woonplaats |  |
| Telefoonnr. (algemeen) |  |
| Mobiele telefoonnummers | |
| naam: |  |
| naam: |  |
| E-mail adres | |
| naam: |  |
| naam: |  |
| Apotheek |  |
| vorige huisarts (naam, plaats) | te |

Verklaring zorgverzekering:

Ik (vertegenwoordiger van eventueel bovengenoemde gezinsleden) verklaar dat Saendokters Huisartsenzorg te Assendelft per ……-……-2025 (datum) mijn / onze vaste huisartsenpraktijk is.

Datum ……-……-2025 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 | NEE |
| Ik geef wel toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens beschikbaar te stellen via het LSP. | 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 1 (ouder /voogd)………………………

Datum………………………………………. Handtekening ……………………………..

Naam 2 (ouder /voogd)………………………

Datum………………………………………. Handtekening ……………………………..

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

Datum………………………… Handtekening Kind: ……………………………..

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

Datum………………………… Handtekening Kind: ……………………………..

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

Datum………………………… Handtekening Kind: ……………………………..

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

Datum………………………… Handtekening Kind: ……………………………..