

Welkom in onze huisartsenpraktijk.

Wilt u dit formulier zo duidelijk mogelijk invullen?

Neem het mee naar de praktijk inclusief uw legitimatiebewijs en zorgpas.

**Tevens vragen wij U zich uit te laten schrijven bij uw oude huisarts!**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Voorletters |  | | | Achternaam | | | | M / V | |
| Geb.dat |  | | | | | Adres: | | | |
| PC |  | | | | Woonplaats : | | | | |
| Tel: |  | | | | | | Tel . mobiel: | | |
| Verzekering + nr | | |  | | | | | | BSN nr: |
| E-mail adres | |  | | | | | | | |
| Nieuwe apotheek | | | |  | | | | | |
| Naam en tel.nr vorige huisarts | | | | | | |  | | |
| Ik geef toestemming om medische gegevens op te vragen bij vorige huisarts | | | | | | | JA / NEE | | |
| Woont er nog iemand op dit adres die bij onze praktijk is ingeschreven | | | | | | | Naam: Geboortedatum: | | |

**Andere in te schrijven (minderjarige) gezinsleden op dit adres:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Voor-letters** | **achternaam** | **Geboorte-datum** | **BSN nr** | **E-mailadres** | **Mobiel nr** | **Toestemming medische gegevens vorige huisarts opvragen** |
|  |  |  |  |  |  | **JA/NEE** |
|  |  |  |  |  |  | **JA/NEE** |
|  |  |  |  |  |  | **JA/NEE** |
|  |  |  |  |  |  | **JA/NEE** |
|  |  |  |  |  |  | **JA/NEE** |

**datum**

**Handtekening patient Handtekening assistente**

|  |  |
| --- | --- |
| **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?** | **🞏 mijn huisarts**  **🞏 mijn apotheek** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Naam:** | Huisartsenpraktijk Overhoven Hoogveld |
| **Adres:** | Dr Philipsstraat 2c |
| **Postcode en plaats:** | 6136 XZ 2c Sittard |
|  |  |

# 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:** |  |
|  |  |  |

