

INSCHRIJFFORMULIER

Persoonlijke gegevens

Velden met een * zijn verplicht

Achternaam *

Meisjesnaam

Voorletters *

Geslacht

man

vrouw

Roepnaam *

Burgerlijke staat

alleenstaand

samenwonend

gehuwd

Geboortedatum *

Geboorteplaats *

Straatnaam *

Huisnummer *

Postcode *

Woonplaats *

Telefoonnr. *

E-mailadres

Beroep/studie

Genoten opleiding

Gegevens zorgverzekering

Naam zorgverzekeraar *

Ingangsdatum *

Verzekeringsnummer *

BSN nummer *

Gegevens vorige huisarts en apotheek (U bent zelf verantwoordelijk voor uitschrijving bij uw vorige huisarts)

Vorige huisarts

Tel. huisarts

Woonplaats

E-mailadres

(Vorige) apotheek

Tel. apotheek

Woonplaats

E-mailadres

E.M. Kostelijk en S.J.M. Bressers

Praktijkadres: Runenberghoek 18
7546 EE Enschede

Telefoonnr: 053 - 477 44 55

Faxnr: 053 - 478 12 55

E-mailadres: info@derunen.nl

Website: www.derunen.nl

AGB-code: 01008396



Medische gegevens

Krijgt u een griepvaccinatie? ja nee

Gebruikt u medicijnen? ja nee

Naam geneesmiddel **Hoeveel mg** **Gebruik per dag**

E.M. Kostelijk en S.J.M. Bressers

Praktijkadres: Runenberghoek 18
7546 EE Enschede

Telefoonnr: 053 - 477 44 55

Faxnr: 053 - 478 12 55

E-mailadres: info@derunen.nl

Website: www.derunen.nl

AGB-code: 01008396

*Gebruikt u meer dan zes
verschillende geneesmiddelen?
Vermeld deze a.u.b. in het
tekstveld hieronder, op de
achterzijde van het blad of
op een apart blad.*

Zijn er onderwerpen waarvan u vindt dat de huisarts ervan op de hoogte moet zijn?

Denkt u hierbij aan chronische ziekten/aandoeningen, allergiën, blijvend letsel na een ongeval, operaties, behandeling bij een specialist, roken/drank/drugsgebruik, ziekten die voorkomen in de familie etc.

Hieronder kunt u deze onderwerpen benoemen en toelichten.

Wij verzoeken u vriendelijk om het ingevulde formulier in te leveren bij onze praktijk, samen met:

- een ondertekend toestemmingsformulier “*Beschikbaar stellen van uw medische gegevens via het LSP*”
- een kopie van uw identiteitsbewijs/paspoort

Onze privacyverklaring kunt u vinden op www.derunen.nl

Toestemmingsformulier

Beschikbaar stellen van uw medische gegevens via het LSP

huisartsenpraktijk
DE RUNEN



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 regelt u toestemming?

mijn huisarts
 mijn apotheek

Naam: _____

Adres: _____

Postcode en plaats: _____

Mijn gegevens vergeet niet uw handtekening te zetten

Achternaam: _____

Voorletters: _____

M

V

Adres: _____

Postcode en plaats: _____

Geboortedatum: _____

Handtekening: _____

Datum: _____

Wilt u toestemming regelen voor uw kinderen?

- Voor kinderen tot 12 jaar: u geeft als ouder of voogd toestemming. Hiervoor kunt u dit formulier gebruiken.
- Voor kinderen van 12 tot 16 jaar die toestemming willen geven: zowel u 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 u toestemming wilt regelen.

Vergeet niet hieronder ook uw eigen handtekening te zetten.

Achternaam: _____

Voorletters: _____

M

V

Geboortedatum: _____

Handtekening: _____

JA

NEE

Achternaam: _____

Voorletters: _____

M

V

Geboortedatum: _____

Handtekening: _____

JA

NEE

Hebt u 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 u toestemming regelt.