

Inschrijfformulier voor patiënten tot 12 jaar

Inschrijfdatum: _____

Voornaam: _____ M V **Voorletters:** _____

Achternaam: _____ **Geboortedatum:** _____

Adres: _____ **Postcode:** _____

Woonplaats: _____ **Vaste telefoon:** _____

Mobiele telefoon: _____ **E-mailadres:** _____

Burger Service Nummer: _____

Zorgverzekeraar: _____ **Polisnummer:** _____

Naam vorige huisarts: _____ **Adres:** _____

Postcode: _____ **Plaats:** _____

Telefoon: _____

Nieuwe huisarts: Geen voorkeur Mw. M. Monsma Mw. M. van der Spek
 Mw. F. Welman Dhr. B. van der Werf Mw. K. Lindeboom

Medisch dossier: Ja, ik geef wel toestemming aan bovenstaande zorgverlener om het medisch dossier van mijn kind op te vragen bij de vorige huisarts.
 Nee, ik geef geen toestemming aan bovenstaande zorgverlener om het medisch dossier van mijn kind op te vragen bij de vorige huisarts.

Identificatie:	Documenttype	Documentnummer
	<input type="checkbox"/> Nederlands paspoort	_____
	<input type="checkbox"/> Nederlandse ID kaart	_____
	<input type="checkbox"/> Rijbewijs	_____
	<input type="checkbox"/> Vreemdelingendocument	_____
	<input type="checkbox"/> Buitenlands paspoort	_____

Naam ouder/verzorger 1

Handtekening ouder/verzorger 1

Naam ouder/verzorger 2

Handtekening ouder/verzorger 2

Toestemmingsformulier LSP voor patiënten tot 12 jaar

Voor kinderen tot 12 jaar geeft u als ouder of voogd toestemming.

Gegevens van het kind

Vul hieronder de gegevens in van het kind voor wie u toestemming wilt regelen.

Vergeet niet hieronder ook uw eigen handtekening te zetten.

JA

Ik geef wel toestemming aan Huisartsen Centrum Dokkum om de gegevens van onderstaande patiënt 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 Huisartsen Centrum Dokkum om de gegevens van onderstaande patiënt beschikbaar te stellen via het LSP. Ik heb alle informatie gelezen in de folder 'Jouw medische gegevens beschikbaar via het Landelijk Schakelpunt (LSP)'.

Voornaam: _____ M V

Achternaam: _____

Adres: _____

Postcode: _____

Woonplaats: _____

Geboortedatum: _____

Datum: _____

Naam ouder/verzorger 1

Handtekening ouder/verzorger 1

Naam ouder/verzorger 2

Handtekening ouder/verzorger 2
