

## 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:**  Mw. K. Lindeboom  Mw. M. Monsma  Mw. M. van der Spek  
 Mw. F. Welman  Dhr. B. van der Werf

**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.

<b>Identificatie:</b>	<b>Documenttype</b>	<b>Documentnummer</b>
	<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**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_