

## Inschrijfformulier voor patiënten van 12 tot 16 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.

<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	_____

**Handtekening kind** \_\_\_\_\_

**Naam ouder/verzorgers 1**

**Handtekening ouder/verzorgers 1**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Naam ouder/verzorgers 2**

**Handtekening ouder/verzorgers 2**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Toestemmingsformulier LSP voor patiënten van 12 tot 16 jaar

Voor kinderen van 12 tot 16 jaar die toestemming willen geven geldt dat zowel u als ouder of voogd én het kind allebei een handtekening moeten zetten.

### 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:** \_\_\_\_\_

**Handtekening kind:** \_\_\_\_\_

**Datum:** \_\_\_\_\_

**Naam ouder/verzorger 1**

**Handtekening ouder/verzorger 1**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Naam ouder/verzorger 2**

**Handtekening ouder/verzorger 2**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_