

Inschrijfformulier voor patiënten vanaf 16 jaar

Inschrijfdatum: _____

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

Achternaam: _____ **Geboortedatum:** _____

Adres: _____ **Postcode:** _____

Woonplaats: _____ **Vaste telefoon:** _____

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

Burger Service Nummer: _____

Gezinssituatie: alleenwonend samenwonend getrouwd gescheiden weduwe/weduwnaar

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 mijn medisch dossier op te vragen bij mijn vorige huisarts.
 Nee, ik geef geen toestemming aan bovenstaande zorgverlener om mijn medisch dossier op te vragen bij mijn 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	_____

Handtekening: _____ **Datum:** _____

Toestemmingsformulier LSP voor patiënten vanaf 16 jaar

JA

Ik geef wel toestemming aan Huisartsen Centrum Dokkum 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 Huisartsen Centrum Dokkum 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)'.

Voorletters: _____ M V

Achternaam: _____

Adres: _____

Postcode: _____

Woonplaats: _____

Geboortedatum: _____

Handtekening:

Datum:
