

## 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:**  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 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.

<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:** \_\_\_\_\_ **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:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_