

Inschrijfformulier Huisartsenpraktijk de Raam

Hengel 33, 5361 PH Grave, 0486-472644

U verklaart hierbij u in te schrijven in bovengenoemde huisartsenpraktijk en laat zich uitschrijven bij de vorige huisarts.

Datum inschrijving in de praktijk:.....

Naam (en evt. meisjesnaam):.....

Voorletters:.....Roepnaam:.....

Geb. datum:..... Nummer ID of rijbewijs of paspoort:.....

BSN:.....

Emailadres:.....

Adres:.....

Postcode en woonplaats:.....

Telefoonnummer:..... Mobiele telefoonnummer:.....

Zorgverzekeraar:..... Verzekeringsnummer:.....

Apotheek:.....

Naam en adres vorige huisarts:.....

Toestemming voor uitwisseling van patiëntgegevens

Hierbij kunt u aangeven of u toestemming geeft aan bovenstaande zorgverlener(s) om de gegevens in uw patiëntendossier te laten inzien door andere zorgverleners, zoals huisartsenposten, (ziekenhuis)apothekers en medisch specialisten.

- Ja, ik geef toestemming aan bovenstaande zorgverleners om mijn medische gegevens beschikbaar te stellen aan de voor mij relevante behandelaars/aanbieders.
- Nee, ik geef geen toestemming voor het delen van mijn medische gegevens.
- Ja, ik geef toestemming om mijn dossier bij mijn vorige huisarts op te vragen en dit digitaal naar mijn nieuwe huisarts te laten sturen.

Handtekening

Handtekening ouder 1

Handtekening ouder 2

.....
.....
.....
Let op: voor kinderen tot 16 jaar is toestemming van de beide ouders nodig en kinderen vanaf 12 jaar moeten óók zelf toestemming geven.

Geef dit formulier af aan onze assistente om de inschrijving te verwerken en breng uw identiteitsbewijs mee. U maakt de inschrijving definitief door tegen de assistente van de vorige huisarts te zeggen dat u zich heeft ingeschreven. Pas dan kan uw medisch dossier worden overgedragen door de vorige huisarts!