

Inschrijfformulier Medisch Centrum Dommelen

- J.A.M. Coebergh van den Braak
 M.W.P. de Graaff

Personalia :

Voorletters : _____

Roepnaam : _____

Achternaam : _____

Meisjesnaam : _____

Geboortedatum : _____

Geslacht : M / V _____

BSN nummer : _____

Adres : _____

Postcode en woonplaats : _____

Telefoonnummer : _____

GSM: _____

Email : _____

Heeft u een allergie voor bepaalde medicijnen: **ja / nee, zo ja welke:** _____

Bent u onder behandeling bij een praktijkondersteuner: **ja / nee, zo ja waarvoor:** _____

Naam/geboortedatum evt. partner/kinderen (binnen de praktijk) : _____

Overig:

Zorgverzekeraar : _____

Polisnummer : _____

Nieuwe apotheek : _____

Naam vorige huisarts : _____

Adres vorige huisarts : _____

Postcode en woonplaats vorige huisarts : _____

Telefoonnummer vorige huisarts : _____

Bij te voegen (alle gezinsleden):

Kopie identiteitsbewijs en verzekeringspas _____

Ingevuld en ondertekend LSP formulier _____

Bovengenoemde is akkoord met het opvragen van de medische gegevens bij de vorige huisarts

Datum :

Handtekening :

Ontvangen door:

Toestemmingsformulier

Beschikbaar stellen van jouw medische gegevens via het LSP



JA

Ik geef **wel** toestemming aan onderstaande zorgverlener 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 onderstaande zorgverlener 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)'.

Gegevens huisarts of apotheek

| | |
|---|--|
| Voor welke zorgverlener regel je toestemming? | <input type="checkbox"/> mijn huisarts <input type="checkbox"/> mijn apotheek |
| Naam: | ..... |
| Adres: | ..... |
| Postcode en plaats: | ..... |

Mijn gegevens vergeet niet je handtekening te zetten

| | | | | | |
|---------------------|-------|---------------|-------|----------------------------|----------------------------|
| Achternaam: | ..... | Voorletters: | | <input type="checkbox"/> M | <input type="checkbox"/> V |
| Adres: | ..... |  |  |  |  |
| Postcode en plaats: | ..... |  |  |  |  |
| Geboortedatum: | ..... | Handtekening: | ..... |  |  |
| | | Datum: | ..... |  |  |

Wil je toestemming regelen voor jouw kinderen?

- Voor kinderen tot 12 jaar: je geeft als ouder of voogd toestemming. Hiervoor kun je dit formulier gebruiken.
- Voor kinderen van 12 tot 16 jaar die toestemming willen geven: zowel jij als ouder of voogd én het kind zetten allebei een handtekening.
- Kinderen vanaf 16 jaar geven zelf toestemming en vullen een eigen formulier in.

Gegevens van mijn kinderen

Vul hieronder de gegevens in van de kinderen voor wie je toestemming wilt regelen. **Vergeet niet hieronder ook jouw eigen handtekening te zetten.**

| | | | | | |
|----------------|-------|---------------|-------|-----------------------------|------------------------------|
| Achternaam: | ..... | Voorletters: | | <input type="checkbox"/> M | <input type="checkbox"/> V |
| Geboortedatum: | ..... | Handtekening: | | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE |

| | | | | | |
|----------------|-------|---------------|-------|-----------------------------|------------------------------|
| Achternaam: | ..... | Voorletters: | | <input type="checkbox"/> M | <input type="checkbox"/> V |
| Geboortedatum: | ..... | Handtekening: | | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEE |

Heb je meer dan twee kinderen? Vraag dan een extra toestemmingsformulier.

| | | | |
|---------------------------------|-------|--------|-------|
| Handtekening ouder of voogd: | | Datum: | |
|---------------------------------|-------|--------|-------|

Ontvangen door: