

Verklaring van inschrijving:

Naam en voorletters :

Geslacht :

Geboortedatum :

Adres :

Postcode/plaats :

Telefoonnummer(s) : vast: mobiel:

Emailadres :

Zorgverzekering :

Polisnummer :

BSN :

Naam vorige huisarts + plaatsnaam :

Handtekening :

Bent u, of is een van uw gezinsleden militair? Nee/ja, te weten:

Bij deze verklaart ondergetekende dat hij/zij vanaf ingeschreven wil staan bij:

Rozet Rijn
<input type="radio"/> Huisarts Angelique Thuyns
<input type="radio"/> Huisarts Zorgpoort Suzan Benneker
<input type="radio"/> Huisarts Dayenne Thalen

Door te ondertekenen mag de hierboven aangekruiste huisarts:

- mijn medisch dossier opvragen bij mijn vorige huisarts
- mij inschrijven voor gebruik van mijn patiënten portaal¹ *Mijngezondheid.net* (is gratis en persoonlijk, inloggen met DigiD en SMS code).

¹ Het patiënten portaal is beschikbaar voor patiënten van 16 jaar en ouder

Overige gezinsleden:

Naam en voorletters: Geboortedatum: Geslacht: Telefoonnummer(s): Emailadres: Zorgverzekering: Verzekeringsnummer: BSN nummer: Handtekening: Naam vorige huisarts + plaatsnaam :	Naam en voorletters: Geboortedatum: Geslacht: Telefoonnummer(s): Emailadres: Zorgverzekering: Verzekeringsnummer: BSN nummer: Handtekening: Naam vorige huisarts + plaatsnaam :
Naam en voorletters: Geboortedatum: Geslacht: Telefoonnummer(s): Emailadres: Zorgverzekering: Verzekeringsnummer: BSN nummer: Handtekening: Naam vorige huisarts + plaatsnaam :	Naam en voorletters: Geboortedatum: Geslacht: Telefoonnummer(s): Zorgverzekering: Emailadres: Verzekeringsnummer: BSN nummer: Handtekening: Naam vorige huisarts + plaatsnaam :

Voor inschrijving vragen wij u ook mee te nemen

Kopie van uw verzekeringspas(sen)	<input type="checkbox"/> Ontvangen
Uw ID- bewijs	<input type="checkbox"/> Identificatie vastgesteld
<i>In te vullen door assistente:</i>	<i>paraaf assistente:</i>
<i>Soort ID bewijs (paspoort, rijbewijs, ID kaart)</i>	
<i>Documentnummer ID bewijs</i>	

Team huisartsen Rozet Rijn
De Rosmolen 15
6932NA Westervoort

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 'JA! Ik wil grip op mijn zorg' en ik heb het goed begrepen.

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 'JA! Ik wil grip op mijn zorg' en ik heb het goed begrepen.

Gegevens huisarts of apotheek

Voor welke zorgverlener regel je toestemming?

mijn huisarts
 mijn apotheek

Naam: _____

Adres: _____

Postcode en plaats: _____

Mijn gegevens vergeet niet je handtekening te zetten

Achternaam: _____

Voorletters: _____

M 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: _____

M V

Geboortedatum: _____

Handtekening
kind: _____

JA NEE

Achternaam: _____

Voorletters: _____

M V

Geboortedatum: _____

Handtekening
kind: _____

JA NEE

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

Handtekening
ouder of voogd: _____

Datum: _____

Lever dit formulier in bij de huisarts of apotheek bij wie je toestemming regelt.