# Inschrijfformulier

# Gezondheidscentrum Duizendblad Kamillelaan 1G

# 1187 ER Amstelveen

**o** Huisartsenpraktijk van Zuylen

020-3451171

|  |  |
| --- | --- |
| Achternaam |  |
| Voorletters |  |
| Roepnaam |  |
| Geboortedatum |  |
| Straat + huisnummer |  |
| Postcode + Plaats |  |
| 06 en/of thuisnummer |  |
| Email |  |
| Burger Service Nummer (BSN) |  |
| Naam zorgverzekeraar + nummer |  |
| Apotheek van uw keuze |  |
| Naam vorige huisarts + telnr. |  |
| Datum | Handtekening |
| Hiermee geeft u toestemming uw dossier bij uw vorige huisarts op te vragen | |

**Graag duidelijk leesbare kopieën van uw identiteitsbewijs en zorgverzekeringspas bijvoegen. Deze gegevens zullen na afronding van de inschrijving vernietigd worden.**

U mag de inschrijfformulieren ook mailen aan

[**huisartsvanzuylen@huisartsenduizendblad.nl**](mailto:huisartsvanzuylen@huisartsenduizendblad.nl)

**Z.O.Z**

**Toestemmingsformulier**

Beschikbaar stellen van jouw medische gegevens via het LSP 

**JA NEE**

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)’.

**Gegevens huisarts of apotheek**

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)’.

v

Voor welke zorgverlener regel je toestemming?

mijn huisarts

mijn apotheek

Naam huisarts: ............................................................................................................................... ......................................

Adres: ............................................................................................................................... ..............................................................................

Postcode en plaats: ............................................................................................................................... .......................................................

Wil je nog een zorgverlener toestemming geven? Vraag dan een extra toestemmingsformulier.

**Mijn gegevens** vergeet niet je handtekening te zetten

Achternaam: ............................................................................... Voorletters: ...............................................

M

V

Adres: ............................................................................................................................... ..............................................................................

Postcode en plaats: ............................................................................................................................... .......................................................

Geboortedatum: ............................................ Datum: ............................................ Handtekening: ........................................................

**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: ............................................................................... Voornaam: ................................................

M

V

Geboortedatum: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. Handtekening kind: ........................................................................................

**JA**

**NEE**

Achternaam: ............................................................................ Voornaam: ................................................

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.**