Inschrijfformulier nieuwe patiënt Huisartsenpraktijk Berent Avercamp

Achternaam/tussenvoegsel ..................................................... M / V  
Voorletters en roepnaam .....................................................

Geboortedatum .....................................................

Adres .....................................................

Postcode en woonplaats .....................................................

BSN-nummer …………………………………………………

Telefoon .....................................................

Email adres ………………………………………………….

Naam zorgverzekeraar .....................................................

Polisnummer .....................................................

Beroep .....................................................

**Komt u bij iemand inwonen die al patiënt in onze praktijk is?**  Ja / Nee

Zo ja welke persoon? .....................................................

Geboortedatum: .....................................................

Bij welke huisarts is deze persoon ingeschreven? .……………………..

Datum ..................................... Handtekening ................................

**Medebewoner**

Achternaam/tussenvoegsel ..................................................... M / V  
Voorletters en roepnaam .....................................................

Geboortedatum .....................................................

BSN-nummer …………………………………………………

Telefoon .....................................................

Email adres ………………………………………………….

Naam zorgverzekeraar .....................................................

Polisnummer .....................................................

Beroep .....................................................

Datum ..................................... Handtekening ................................

* **Bij inlevering van dit inschrijfformulier, graag een kopie van legitimatie.**
* **Alleen een volledig ingevuld formulier wordt in behandeling genomen.**
* **Zijn uw kinderen 16 jaar of ouder? Graag een apart inschrijfformulier inleveren.**

**Graag hieronder gegevens van de overige gezinsleden invullen (onder de 16 jaar).**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Naam | Geboorte  datum | M/V | Verzekering | Polisnummer | BSN: |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Bij welke huisarts wilt zich inschrijven?**   * L. Snel * M. Reitsma * S.O. Driessen * R. van der Hoef | **Bij welke apotheek bent u ingeschreven?**   * Brun Aqua * Ebbingepoort * Flevowijk * De Wetering |

**Bent u hier eerder patiënt geweest?** Ja/nee

Zo ja bij welke huisarts? .....................................

**Bent u bekend bij de thuiszorg?**  Ja / Nee

Zo ja, bij welke organisatie? …………………………….......

**Hebt u zorg via WLZ (Wet Langdurige Zorg)?** Ja / Nee

Zo ja, welke instelling levert de zorg? …………………………………..

Zo ja, welke CIZ indicatie heeft u? …………………………………..

**Toestemming opvragen medische gegevens vorige huisarts**

|  |  |
| --- | --- |
| Wij vragen u om toestemming te geven voor het opvragen van uw dossier bij u vorige huisarts. | [ ] **JA** ik geef toestemming om mijn dossier bij mijn vorige huisarts op te vragen  [ ] **NEE** ik ga er niet mee akkoord dat mijn dossier wordt opgevraagd bij mijn vorige huisarts |

**Gegevens vorige huisarts**

Naam vorige huisarts .....................................................

Adres van uw vorige huisarts .....................................................

*NB: Ingeschreven patiënten dienen zelf ook hun vorige huisarts op de hoogte te brengen van uitschrijving.*

**Toestemming LSP**

|  |  |
| --- | --- |
| Wij vragen u om toestemming te geven voor uitwisseling van medische informatie met de huisartsenpost en apotheek.  *(zie voor meer informatie www.ikgeeftoestemming.nl)* | [ ] **JA** ik geef toestemming aan mijn huisarts om mijn medische gegevens beschikbaar te stellen aan de voor mij relevante behandelaars/ zorgverleners  [ ] **NEE** ik ga er niet mee akkoord dat mijn huisarts mijn medische gegevens beschikbaar stelt aan de voor mij relevante behandelaars/zorgverleners |

**Toestemming aanmelding MGN**

|  |  |
| --- | --- |
| Wij vragen u om toestemming te geven voor het aanmelden bij MGN (=MijnGezondheidsNet).  U heeft dan inzage in uw eigen medisch dossier. | [ ] **JA** ik geef toestemming om mij aan te melden bij MGN  [ ] **NEE** ik geef geen toestemming voor het aanmelden bij MGN |

**Als wij uw medische gegevens van de vorige huisarts ontvangen hebben, krijgt u per post een bevestiging van ontvangst. Vanaf dan zijn wij op de hoogte van uw medische voorgeschiedenis.**