

Inschrijfformulier Huisartsenpraktijk Berendsen

Mevrouw H.C. Berendsen
Kerkstraat 30-3
7151 BW Eibergen
Tel. 0545-471875

Uw gegevens:

Voornaam (roepnaam):

Achternaam:

Voorletter(s):

Geboortedatum: ____ - ____ - ____

BSN nummer:

Adres:

Postcode:

Woonplaats:

Telefoonnummer:

Mobiel nummer:

E-mailadres:

Verzekering:

Verzekeringsnummer:

Gegevens vorige huisarts:

Naam:

Adres:

Postcode:

Plaats:

Telefoonnummer:

Datum inschrijving:

Plaats:

Handtekening:

Huisartsenpraktijk Berendsen gebruikt het Informatiesysteem Medicom. Als u 's avonds of in het weekend naar de Spoedpost gaat kunnen de waarnemende medewerkers die betrokken zijn bij u bezoek, uw actuele medische gegevens inzien. Na uw bezoek ontvangt uw eigen huisarts daarvan een bericht.

Ik ben akkoord / niet akkoord met het delen van mijn actuele medische gegevens met de spoedpost.

(omcirkel wat voor u van toepassing is)

Eventuele opmerkingen:

Dit formulier kunt u inleveren aan de balie bij huisartsenpraktijk Berendsen. Neem telefonisch contact met uw vorige huisarts om door te geven dat u zich nu heeft ingeschreven bij huisartsenpraktijk Berendsen in Eibergen.

Toestemmingsformulier

Beschikbaar stellen van jouw medische gegevens via het LSP



volg je zorg

☐ 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)' 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 'Jouw medische gegevens beschikbaar via het Landelijk Schakelpunt (LSP)' en ik heb het goed begrepen.

GEGEVENS HUISARTS OF APOTHEEK

Voor welke zorgverlener regel je toestemming?

☒ mijn huisarts

☐ mijn apotheek

Naam: Huisartsenpraktijk Berendsen

Adres: Kerkstraat 30-3

Postcode en plaats: 7151 BW Eibergen

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 **Datum:**

Lever dit formulier in bij Huisartsenpraktijk Berendsen aan wie u toestemming geeft.