



Hanzehart

Huisartsenpraktijk

INSCHRIJFFORMULIER HUISARTSENPRAKTIJK HANZEHART

Via dit formulier kunt u zichzelf en eventuele kinderen tot 12 jaar inschrijven.

Voor ieder gezinslid van 12 jaar of ouder dient u een apart formulier in te vullen. Ondertekening voor akkoord wordt bij kinderen tot 12 jaar gedaan door de ouder of wettelijk vertegenwoordiger.

Kinderen van 12 tot 16 jaar geven samen met de ouder of wettelijk vertegenwoordiger akkoord.

Personen vanaf 16 jaar geven zelf akkoord.

Niet ondertekende formulieren worden niet in behandeling genomen.

Persoonlijke gegevens

Achternaam:

Voorletters:

Geboortedatum:

BSN:

Contactgegevens

Adres:

Postcode:

Plaats:

Telefoonnummer vast:

Mobiel:

E-mail adres:

Invullen door medewerker

WID-controle

ID / PP / RBW / Vr.Doc

Nr:

Paraaf:

Verzekeringsgegevens

Zorgverzekeraar:

Polisnummer:

Gegevens eventuele kinderen onder 12 jaar

Achternaam:

Voorletters:

Voornaam:

Geboortedatum:

BSN:

Zorgverzekeraar:

Polisnummer:

Telefoonnummer vast*:

E-mail adres*:

**Van vader of moeder, wat uw voorkeur heeft*

Invullen door medewerker

WID-controle

ID / PP / RBW / Vr.Doc

Nr:

Paraaf:

Gegevens eventuele kinderen onder 12 jaar

Achternaam:

Voornaam:

BSN:

Zorgverzekeraar:

Polisnummer:

Telefoonnummer vast*:

E-mail adres*:

**Van vader of moeder, wat uw voorkeur heeft*

Voorletters:

Geboortedatum:

Invullen door medewerker

WID-controle

ID / PP / RBW / Vr.Doc

Nr:

Paraaf:

Gegevens eventuele kinderen onder 12 jaar

Achternaam:

Voornaam:

BSN:

Zorgverzekeraar:

Polisnummer:

Telefoonnummer vast*:

E-mail adres*:

**Van vader of moeder, wat uw voorkeur heeft*

Voorletters:

Geboortedatum:

Invullen door medewerker

WID-controle

ID / PP / RBW / Vr.Doc

Nr:

Paraaf:

S.v.p. bij inschrijving een geldig legitimatiebewijs van alle gezinsleden tonen.

Ik zal mijn medische gegevens, zoals bekend bij mijn vorige huisarts, door laten sturen, digitaal/per post, naar huisartsenpraktijk Hanzehart.

Ontvangt u mijn medische gegevens niet, maar heeft u ze wel nodig, dan mag u ze opvragen.

Gegevens vorige huisarts

Naam:

Praktijknaam:

Plaats:

Gegevens apotheek

Naam apotheek:

Plaats:

Datum:

Handtekening**Huisartsenpraktijk Hanzehart****Dokter Stolteweg 96****8025 AZ Zwolle****huisartshanzehart.nl****info@huisartshanzehart.nl**

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?	X mijn huisarts
Naam:	Huisartsenpraktijk Hanzehart
Adres:	Dokter Stolteweg 96
Postcode en plaats:	8025 AZ Zwolle

Mijn gegevens vergeet niet je handtekening te zetten

Achternaam:	.....	Voorletters:	.....
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:	.....
Geboortedatum:	.....	Handtekening kind:	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE

Achternaam:	.....	Voorletters:	.....
Geboortedatum:	.....	Handtekening kind:	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE

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

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



MijnGezondheid.net

Ja, ik wil gebruik maken van MijnGezondheid.net

Ik ben patiënt bij Huisartsenpraktijk Hanzehart

Voorletter(s):

Tussenvoegsel(s):

Achternaam:

Geboortedatum:

Geslacht: M / V

Straat:

Huisnummer:

Postcode:

Woonplaats:

Telefoonnummer:

E-mail:

Datum:

Handtekening: