|  |
| --- |
| Huisartsenpraktijk Linders & Verduijn van Maerlantstraat 16824 KX ArnhemT: 026–4423816 **Inschrijfformulier**F: 026–4428912 praktijklindersenverduijn@ezorg.nl **Medicom artscode: LI (hoofdletters)**<https://praktijklindersenverduijn.onzehuisartsen.nl>  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Uw persoonsgegevens** | **Uw adresgegevens** |
| Achternaam |  | Straatnaam + huisnr. |  |
| Initialen (voornaam) |  | Postcode |  |
| Geb. datum |  | Woonplaats |  |
| Geslacht | Man / Vrouw | Telefoonnummer |  |
| BSN/ sofinummer |  | Mobiel nummer |  |
| Apotheek |  | E-mail adres\* |  |
| Identiteitsbewijs | ID/ Paspoort/ rijbewijs | Nummer identiteitsbewijs |  |
| **Uw verzekeringsgegevens** |
| Verzekeraar |  | Polisnummer |  |
| **Uw vorige huisarts** |  |  |
| Naam |  | Plaats |  |

|  |
| --- |
| **Belangrijke gegevens/ opmerkingen** |
| *Bijvoorbeeld t.b.v. medicatiebewaking (allergie, medicatie, voorgeschiedenis)* Wilt u hier ook aangeven bij minderjarige kinderen, indien ouders gescheiden zijn wie het gezag heeft: Vader/ moeder/ beide (*omcirkelen wat van toepassing is)*Wilt u de volgende vragen voor ons beantwoorden?Rookt u? Ja/ Nee

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Moeder** | **Vader** | **Broer** | **Zus** |
| Hartinfarct | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee |
| Herseninfarct (TIA) | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee |
| Suikerziekte | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee |
| Hoog cholesterol | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee | Ja/Nee |

 |

|  |
| --- |
| Datum: Handtekening:*Tevens geef ik toestemming om de gegevens bij de vorige huisarts op te vragen.*\*zodra u bent ingeschreven ontvangt u van ons een mail met een uitnodiging voor mijngezondheid.net (meer informatie hierover vindt u op onze website). |

|  |  |
| --- | --- |
|  **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)’. | 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)’. |

# Gegevens huisarts of apotheek

|  |  |
| --- | --- |
| **Voor welke zorgverlener regel je toestemming?** | **🞏 mijn huisarts****🞏 mijn apotheek** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Naam:** | *Huisartspraktijk Linders & Verduijn* |
| **Adres:** | *Van Maerlantstraat 1* |
| **Postcode en plaats:** | *6824KX Arnhem* |
|  |  |

# 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:** |  | **🞏 JA** | **🞏 NEE** |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Achternaam:** |  | **Voorletters:** |  | **🞏 M** | **🞏 V** |
| **Geboortedatum:** |  | **Handtekening:** |  | **🞏 JA** | **🞏 NEE** |
|  |  |  |  |  |  |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Handtekening****ouder of voogd:** |  | **Datum:** |  |
|  |  |  |