

## Inschrijfformulier

Ja, ik schrijf mij/wij schrijven ons in als patiënt bij Huisartsenpraktijk Drogeham per

Met ondertekening van dit formulier verklaar ik mij te hebben uitgeschreven bij mijn/onze huidige huisarts.

### Gegevens huidige huisarts/huisartsenpraktijk:

Naam :

Adres :

PC/plaats :

	Persoon 1	Persoon 2
Geslacht		
Voornaam/voorl.		
Achternaam		
Adres		
PC en Plaats		
Geboortedatum		
BSN nummer		
Soort ID-bewijs		
Nummer ID-bewijs		
Telefoon vast		
Telefoon mobiel		
E-mail adres		
Akkoord*	JA      NEE	JA      NEE

\*JA, ik ga akkoord met het beschikbaar stellen van mijn gegevens voor raadpleging door andere zorgaanbieders via het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD)

\*NEE, ik ga niet akkoord.

Als u kinderen heeft tot 16 jaar die onder uw gezag staan, kunt u hen ook inschrijven voor onze praktijk en al dan niet toestemming verlenen voor gegevensuitwisseling.

Geslacht		<i>Handtekening kind (indien tussen 12 en 16 jaar)</i>
Naam/achternaam		
Geboortedatum		
BSN nummer		
ID-bewijs + nr		

Geslacht		<i>Handtekening kind (indien tussen 12 en 16 jaar)</i>
Naam/achternaam		
Geboortedatum		
BSN nummer		
ID-bewijs + nr		

Geslacht		<i>Handtekening kind (indien tussen 12 en 16 jaar)</i>
Naam/achternaam		
Geboortedatum		
BSN nummer		
ID-bewijs + nr		

JA, hierbij geef ik ook toestemming voor mijn kinderen tot 16 jaar voor het beschikbaar stellen van hun betreffende gegevens voor raadpleging door andere zorgaanbieders via het Landelijk Schakelpunt. Mijn kinderen tussen 12 en 16 jaar hebben ook een handtekening gezet.

NEE, ik geef geen toestemming tot gegevensuitwisseling voor mijn kinderen.

### **HANDTEKENING**

(van persoon 1+2)

\_\_\_\_\_