

Inschrijfformulier

U kunt zich alleen inschrijven als u aan de volgende voorwaarden voldoet:

1. U woont in Oud Charlois (postcode 3082), de Wielewaal (van postcode 3084PA tot en met postcode 3084PL) of Heijplaat (postcode 3089) en
2. U hebt een Nederlandse basisverzekering afgesloten en
3. U hebt op dit moment géén huisarts in Oud Charlois.

Persoonsgegevens	
Datum van inschrijving in onze praktijk	:
Achternaam	:
Meisjesnaam	:
Voorletters	:
Roepnaam	:
Geboortedatum	:
Geslacht	: man / vrouw
Beroep	:

Adresgegevens	
Straatnaam en Huisnummer	:
Postcode - Woonplaats	:
Telefoonnummer	:
Mobiel nummer	:
Email	:
Schrijft u zich in op hetzelfde adres als iemand die al patiënt bij ons is?	☐ Nee ☐ Ja (noteer naam en geboortedatum):

Verzekeringsgegevens en BSN-nummer	
Naam zorgverzekeraar	:
Verzekeringsnummer	:
BurgerServiceNummer	:

Gegevens vorige huisarts	
Naam huisarts	:
Telefoonnummer huisarts	:
Heeft u zich bij de vorige huisarts uitgeschreven?	: ja / nee Zo nee, zou u dit alsnog willen doen?

Bij welke apotheek gaat u zich inschrijven of bent u ingeschreven?	
0	Dorpsweg Apotheek
0	Benu Apotheek Charlois

Is er een familielid / partner / mantelzorger die namens u contact op mag nemen met de praktijk en die u toestemming geeft om medische informatie bij ons in te winnen of van ons te verkrijgen?				
Naam van de persoon die inzage heeft in uw medische gegevens	:			
Telefoonnummer van deze persoon	:			
Email adres van deze persoon	:			
Wat is uw relatie met deze persoon	☐ partner	☐ zoon ☐ dochter	☐ vader ☐ moeder	☐ mantelzorger ☐ begeleider
Wanneer er meerdere personen zijn die inzage mogen hebben in of informatie mogen verkrijgen uit uw medisch dossier, vraag de assistente dan naar een aanvullend formulier.				

Toestemming uitwisseling medische informatie met andere zorgverleners	
Onze huisartsenpraktijk is aangesloten op het Landelijk Schakelpunt: een veilig en betrouwbaar systeem. Via het Landelijk Schakelpunt kunnen we uw belangrijkste medische gegevens delen. Een andere arts of apotheek kan die medische gegevens via het Landelijk Schakelpunt bekijken met een beveiligde pas en een wachtwoord. Maar alleen als dat nodig is voor uw behandeling. Voor meer informatie: www.volgjezorg.nl.	
☐ JA Ik geef wel toestemming aan Huisartsenpraktijk Elings om mijn gegevens beschikbaar te stellen via het LSP.	☐ NEE Ik geef geen toestemming aan Huisartsenpraktijk Elings om mijn gegevens beschikbaar te stellen via het LSP.

Ik schrijf me in bij Huisartsenpraktijk Elings en ga akkoord met het opvragen en uitwisselen van mijn gegevens zoals hierboven is aangegeven. Daarnaast ga ik akkoord met de praktijkregels en uitgangspunten, zoals deze in de praktijkfolder zijn omschreven.

Plaats en datum

Handtekening
