

VERKLARING VAN INSCHRIJVING PATIENT(EN)  
**Bij inleveren geldig identiteitsbewijs meenemen**

Naam	M / V	BSN nr
Voorletter		
Adres/postcode	Geboortedatum	
Woonplaats		
Telefoon nr	@ mail	
Zorgverzekeraar	Relatie/verzekerden nr:	

**Gezinsleden :**

Naam	Voorletters	Roepnaam (evt)	m/v	Geboortedatum
BSN nr	Zorgverzekeraar		Relatienr:	
Telefoon nr	@ mail			

Naam	Voorletters	Roepnaam (evt)	m/v	Geboortedatum
BSN nr	Zorgverzekeraar		Relatienr:	
Telefoon nr	@ mail			

Naam	Voorletters	Roepnaam (evt)	m/v	Geboortedatum
BSN nr	Zorgverzekeraar		Relatienr:	
Telefoon nr	@ mail			

Naam	Voorletters	Roepnaam (evt)	m/v	Geboortedatum
BSN nr	Zorgverzekeraar		Relatienr:	
Telefoon nr	@ mail			

Is/ zijn met ingang van ..... ingeschreven bij bovengenoemde huisartsenpraktijk en verklaart dat genoemde huisartsen zijn/haar/hun vaste huisartsen zijn

<b>Vorige huisarts:</b>	
<b>Plaats</b>	
<b>Telefoonnummer</b>	

Datum:

Handtekening

	Datum	paraaf
Ingeschreven		
Geldige COV		

Identiteit: paspoort/ rijbewijs/ IDkaart
Nr:
Aangenomen door:

**LEVER DIT FORMULIER IN BIJ UW HUISARTS OF APOTHEEK.**

**Huisartsenpraktijk Almkerk**  
W.A.C. van Herwijnen-de Rooij  
Voorstraat 5d  
4286 AK Almkerk  
Tel 0183 409090

**Apotheek Almkerk**  
J. van der Linde  
Voorstraat 5a  
4286 AK Almkerk  
Tel 0183 409767

## TOESTEMMINGSFORMULIER

ELEKTRONISCH UITWISSELEN VAN MEDISCHE GEGEVENS

**Let op: u moet beide invullen; voor huisarts en apotheker!**

**JA** voor de huisarts

Ik geef toestemming aan de huisarts om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners via het LSP zoals in de brochure 'Uw medische gegevens elektronisch delen' en/of de folder 'Beter geholpen met goede informatie van VZVZ' is aangegeven

**NEE** voor de huisarts

Ik geef geen toestemming aan de huisarts om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners via het LSP zoals in de brochure 'Uw medische gegevens elektronisch delen' en/of de folder 'Beter geholpen met goede informatie van VZVZ' is aangegeven

**JA** voor de apotheker

Ik geef toestemming aan de apotheker om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners via het LSP zoals in de brochure 'Uw medische gegevens elektronisch delen' en/of de folder 'Beter geholpen met goede informatie van VZVZ' is aangegeven

**NEE** voor de apotheker

Ik geef geen toestemming aan de apotheker om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners via het LSP zoals in de brochure 'Uw medische gegevens elektronisch delen' en/of de folder 'Beter geholpen met goede informatie van VZVZ' is aangegeven

Naam:.....m/v voorletter .....

Adres.....BSN.....

Postcode woonplaats.....geboorte dd .....

**HANDTEKENING:**

**DATUM:**

### WILT U TOESTEMMING REGELEN VOOR UW KIND(EREN)?

Voor kinderen tot 12 jaar geeft de ouder/voogd toestemming. Hiervoor kunt u dit formulier gebruiken. Kinderen vanaf 16 jaar geven zelf toestemming.

Voor kinderen van 12 tot 16 jaar die toestemming willen geven, moet zowel de ouder/voogd als het kind zijn handtekening zetten.

Het kind kan een eigen formulier invullen of hieronder zijn/haar handtekening zetten.

### GEGEVENS VAN MIJN KIND(EREN)

### Handtekening kind

Vul hieronder de gegevens in van het kind of de kinderen voor wie u toestemming wilt regelen. Kinderen van 12 tot 16 jaar tekenen zelf voor wel of geen toestemming. Vergeet niet hieronder ook uw eigen handtekening te zetten.

**JA** GEBOORTEDATUM:

**M**  **V**

**NEE** VOOR- EN ACHTERNAAM:

**JA** GEBOORTEDATUM:

**M**  **V**

**NEE** VOOR- EN ACHTERNAAM:

**JA** GEBOORTEDATUM:

**M**  **V**

**NEE** VOOR- EN ACHTERNAAM:

**JA** GEBOORTEDATUM:

**M**  **V**

**NEE** VOOR- EN ACHTERNAAM:

**HANDTEKENING:**  
**Ouder/Voogd**

**DATUM:**