

Verklaring van inschrijving bij Tunnis Huisartsen

Ondergetekende:

Voornaam + Voorletters:	
Achternaam:	
Adres:	
Postcode:	
Woonplaats:	
Geboortedatum:	
Telefoonnummer:	
Mobiel telefoonnummer:	
Burger Service Nummer:	
Emailadres:	
Zorgverzekeraar:	
Inschrijfnummer zorgverzekeraar:	
Naam nieuwe apotheek:	
<i>Gegevens vorige huisarts</i>	
Naam:	
Praktijkadres:	
Telefoonnummer:	

Plaats: _____

Datum: ____/____/20____

Hij / zij verklaart hierbij per ____/____/20____ (**datum invullen**) staat ingeschreven.

Handtekening: _____

Sinds 1 juni 2009 is iedereen die gebruik maakt van de zorg plicht zichzelf eenmalig bij de zorgverlener te legitimeren. Daarom willen wij u verzoeken dit inschrijfformulier **persoonlijk aan de assistente te overhandigen en u te legitimeren.**

Gegevens Tunnis Huisartsen:

Huisartsen: P.P.G. Schrömbges (Agb code: 01027892) J.A. Willemse (Agb code: 01102482)

Kolonel Silvertoplaan 6^E, 5845 BL Sint Anthonis (Agb code praktijk: 01008831)

Telefoonnummer: 0485-381421

Door de praktijk in te vullen:

<input type="checkbox"/> Identiteitsbewijs	
<input type="checkbox"/> Paspoort	
<input type="checkbox"/> Rijbewijs	
<input type="checkbox"/> Buitenlands legitimatiebewijs	
<input type="checkbox"/> Ingevoerd	
<input type="checkbox"/> BSN / Zorgverzekeraar	
<input type="checkbox"/> LSP	

Medische gegevens

Wij verzoeken u hieronder belangrijke medische gegevens (zoals operaties en / of chronische ziekten) te vermelden. Indien mogelijk met het jaartal waarin de gebeurtenis plaatsvond of de diagnose werd gesteld.

Allergie / overgevoeligheid

Als er bekende allergieën zij (bijvoorbeeld voor medicijnen) wilt u dat dan vermelden.

Medicatie

Welke medicatie gebruikt u? Geeft u alstublieft de naam van het medicijn en de dosering.

(U kunt ook u medicatielijst toevoegen)

(Indien van toepassing)

contactpersoon: _____ Telefoonnummer: _____

U kunt dit formulier inleveren bij de assistente. Informatie over de praktijk kunt u lezen op:

WWW.TUNNISHUISARTSEN.NL

Toestemmingsformulier

Beschikbaar stellen van jouw medische gegevens via het LSP



volg je zorg

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 'Jouw medische gegevens beschikbaar via het Landelijk Schakelpunt (LSP)'.

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 'Jouw medische gegevens beschikbaar via het Landelijk Schakelpunt (LSP)'.

Gegevens huisarts of apotheek

Voor welke zorgverlener regel je toestemming?

mijn huisarts

Naam: TUNNIS HUISARTSEN

mijn apotheek

Adres: KOLONEL SILVERTOPLAAN 6E

Postcode en plaats: 5845 BL SINT ANTHONIS

Wil je nog een zorgverlener toestemming geven? Vraag dan een extra toestemmingsformulier.

Mijn gegevens vergeet niet je handtekening te zetten

Achternaam: Voorletters: M V

Adres:

Postcode en plaats:

Geboortedatum: Datum: Handtekening:

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: Voornaam: M V

Geboortedatum: Handtekening kind: JA NEE

Achternaam: Voornaam: M V

Geboortedatum: Handtekening kind: JA NEE

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

Handtekening ouder of voogd: datum:

Lever dit formulier in bij de huisarts of apotheek bij wie je toestemming regelt.