

# INSCHRIJFFORMULIER HUISARTSENPRAKTIJK REITDIEP, HUISARTSEN & APOTHEEK

Hierbij schrijf ik mij in bij Huisartsenpraktijk Reitdiep en machtig ik de praktijk tot het afmelden bij mijn vorige huisarts en het opvragen van mijn gehele medische dossier.

Voornaam: .....  M  V  
Achternaam: .....  
Adres: .....  
Woonplaats: .....  
Mobiele telefoon: .....  
BSN (=sofnummer) : .....  
Naam Zorgverzekeraar: .....

Voorletters: .....  
Geboortedatum: .....  
Postcode: .....  
Vaste telefoon: .....  
E-mail: .....  
Paspoort of rijbewijsnummer: .....  
Polisnummer: .....

## Gezinssituatie:

Ik ben  alleenwonend  samenwonend. Ik ben  getrouwd  gescheiden  weduwe/weduwnaar.  
Ik heb  wel of  geen thuiswonende kinderen, indien ja? Aantal:..... thuiswonende kinderen.

Naam vorige huisarts: ..... Vestigingsplaats: .....  
Adres: ..... Telefoon: .....  
Reden van inschrijving:  verhuizing / afstand of  probleem / geschil met vorige huisarts

Naam vorige apotheek: ..... Vestigingsplaats: .....  
Adres: ..... Telefoon: .....

ALLERGIËN:  medicijnen  antibiotica  bruine pleisters  jodium  voedingsmiddelen  overige stoffen,  
Namelijk.....

IK GEBRUIK DE VOLGENDE MEDICIJNEN:	sterkte in mg.	dosering (bv. 1 x per dag)
1. ....	.....	.....
2. ....	.....	.....
3. ....	.....	.....
4. ....	.....	.....
5. ....	.....	.....

## Voorkeur afhalen medicatie, selecteer uw medicijn afhaallocatie:

- Locatie Ezinge, Haven 4 9891 BA te Ezinge.
- Locatie Oldehove, Molenstraat 11 9883PL te Oldehove.

Datum: .....

Handtekening : .....

Ruimte voor (eventuele) overige opmerkingen:

Waar moet u zelf voor zorgen:

- Uw oude huisarts inlichten
- Uw vorige apotheek een uitdraai van uw medicatie laten mailen naar:

[hapreitdiep@ezorg.nl](mailto:hapreitdiep@ezorg.nl)

**Let op: u dient zich te legitimeren aan de balie met uw rijbewijs/ID-kaart of paspoort.**

Bedankt voor uw medewerking,  
Namens Huisartsenpraktijk Reitdiep

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

## Gegevens huisarts of apotheek

Voor welke zorgverlener regelt u toestemming?  mijn huisarts  
 mijn apotheek

Naam:

Adres:

Postcode en plaats:

Wilt u nog een zorgverlener toestemming geven? Vraag dan een extra toestemmingsformulier.

## Mijn gegevens

Vul onderstaande gegevens in.

**Vergeet niet uw handtekening te zetten.**

Achternaam:

Voorletters:

M  V

Adres:

Postcode en plaats:

Geboortedatum:

Handtekening:

Datum:

**Z.O.Z.**



## Wilt u toestemming regelen voor uw kinderen?

- Voor kinderen tot 12 jaar: u geeft als ouder of voogd toestemming.  
Hiervoor kunt u dit formulier gebruiken.
- Voor kinderen van 12 tot 16 jaar die toestemming willen geven: zowel u als ouder of voogd en 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 u toestemming wilt regelen. Vergeet niet hieronder ook uw eigen handtekening te zetten.

Heeft u meer dan twee kinderen? Vraag dan een extra toestemmingsformulier.

Voor- en achternaam:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
Geboortedatum:	
<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	Handtekening kind:
Voor- en achternaam:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
Geboortedatum:	
<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	Handtekening kind:
Datum:	Handtekening ouder of voogd:

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