

## VERZOEK TOT INSCHRIJVING BIJ HUISARTSEN HOLLANDWEG

Huisartsen: Mw SSH Moonen en Dhr HLC van Meurs  
Hollandweg 50, 6843JP Arnhem 026-3810390 [www.huisartsenhollandweg.nl](http://www.huisartsenhollandweg.nl)

Geslacht MAN / VROUW

Voornaam en Voorletters .....

Tussenvoegsel en Achternaam .....

Geboortedatum .....

Straatnaam + Nummer .....

Postcode en Woonplaats .....Arnhem

Telefoon: 026-.....

Mobiel: 06-.....

BurgerServiceNummer .....

Persoonlijk e-mailadres (vanaf 16 jaar) .....

De spoedarts mag mijn medische gegevens inzien (LSP) ja  nee

Ik wil gebruik maken van MijnGezondheid.net: ja  nee

(zie brochures voor meer informatie over LSP en MijnGezondheid.net)

**Vorige huisarts:** Naam .....

Adres .....

Telefoonnummer .....

Ik geef mijn vorige huisarts hierbij **toestemming** om mijn medische dossier over te dragen aan

Huisartsen Hollandweg ja  nee

**Voor Medicom-artsen: u kunt het dossier overzetten naar artscode MS**

**Handtekening:**

Naam: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

**(Ouders of verzorgers mogen tekenen voor minderjarigen)**

**In vullen door assistente:**

Rijbewijs/ID/Paspoort documentnummer:

Uw verzoek tot inschrijving wordt in behandeling genomen na ontvangst van:

- dit inschrijfformulier (voor én achterzijde ingevuld en ondertekend)
- **Bij het inleveren van de inschrijfformulieren gelieve een geldig legitimatiebewijs mee te nemen!**

U ontvangt van ons bericht wanneer u daadwerkelijk als patiënt bij ons bent ingeschreven.

**Hieronder verzoeken we u enkele medische gegevens van uzelf in te vullen**

O ik heb sinds \_\_\_\_\_ hoge bloeddruk en ben hiervoor wel/niet\* onder controle van een specialist

O ik heb sinds \_\_\_\_\_ suikerziekte en ben hiervoor wel/niet\* onder controle van een specialist.

O ik heb sinds \_\_\_\_\_ astma/COPD/Emfyseem\* en ben hiervoor wel/niet\* onder controle van een specialist.

**\*) doorhalen wat niet van toepassing is.**

Ik ben overgevoelig voor de volgende medicijnen:

Ik vind het van belang dat mijn huisarts het volgende over mij / mijn gezondheid weet:

**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:

## 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 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 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:

M  V

Geboortedatum:

JA  NEE

Handtekening kind:

Voor- en achternaam:

M  V

Geboortedatum:

JA  NEE

Handtekening kind:

Datum:

Handtekening ouder of voogd: