



Door onderstaand formulier in te vullen kunt u zich inschrijven bij deze apothekhoudende huisarts. Voor ieder gezinslid dient u een apart formulier in te vullen. Uw gegevens worden vertrouwelijk behandeld.

Inschrijfdatum in praktijk:**Persoonsgegevens**

Achternaam	
Meisjesnaam	
Voorletters + Roepnaam	
Geboortedatum	
Geslacht	<input type="radio"/> Man <input type="radio"/> Vrouw
BSN	
Beroep	
Burgerlijke staat	
Verzekering	
Polisnummer	

Adresgegevens

Straatnaam + huisnr.	
Postcode + woonplaats	
Telefoonnummer	
Mobiel	
E-mail	

Verzekeringsgegevens

Wanneer u dit formulier inlevert, neemt u dan altijd uw verzekeringspapieren en een identiteitsbewijs (rijbewijs, paspoort, identiteitskaart of uittreksel GBA) mee.

**Vorige huisarts**

Naam (huisarts)	
Adres (huisarts)	
Plaats (huisarts)	
Telefoonnummer (huisarts)	

Vorige apotheek

Naam (apotheek)	
Adres (apotheek)	
Plaats (apotheek)	
Telefoonnummer (apotheek)	

Ondergetekende verleent toestemming om medicatiegegevens op te vragen bij de vorige huisarts en in het medisch dossier op te nemen. Eveneens geeft ondergetekende toestemming een actueel medicatieoverzicht op te vragen bij de vorige apotheek. Bij een leeftijd onder de 18 jaar is een handtekening van een wettelijke vertegenwoordiger noodzakelijk.

Naam:

Datum:

Handtekening:

IN TE VULLEN DOOR PRAKTIJK		
Doktersassistente	Datum	Paraaf
Inschrijving		
Elektronisch dossier		
Papieren dossier		
ION aanmelding		
LSP aangemeld		
Controle identiteit		
Kopie zorgpas		
Kennismakingsgesprek plannen		
POH		
Aanmelding oproepsysteem		
Apotheek		
Actueel medicatieoverzicht		
Medicatie ingeboekt als waarneming		
Huisarts		
Alle stappen gecontroleerd en afgehandeld		

**Toestemmingsregistratieformulier Patiënten LSP**

Vertrouwelijk concept
© 2014 DMDR Medical Marketing BV

- JA, ik ga akkoord met het beschikbaar stellen van mijn gegevens voor raadpleging door andere zorgverleners, zoals in de informatiebrochure beschreven.
- NEE, ik ga niet akkoord.

	Mijn gegevens:	Mijn partner:
Naam en voorletters:		
Geboortedatum en geslacht:	/ / Man <input type="checkbox"/> / Vrouw <input type="checkbox"/>	/ / Man <input type="checkbox"/> / Vrouw <input type="checkbox"/>
Adres: (Straat, Postcode, Woonplaats)		
Huisarts: (uw eigen huisarts die over uw gegevens beschikt):		
Apotheek: (de apotheek die over uw gegevens beschikt):		

- Voor kinderen tot 12 jaar geeft de ouder/voogd toestemming;

- Voor kinderen van 12-16 jaar geldt dat zowel de ouder/voogd als het kind toestemming moet geven. Hiervoor kan het kind onderstaand een paraaf achter zijn/haar naam zetten;

- Kinderen vanaf 16 jaar geven zelf via een eigen formulier toestemming. Extra formulieren zijn te verkrijgen bij uw huisarts maar u kunt natuurlijk ook zelf een kopie maken van dit formulier.

- Voor mijn kinderen tot 16 jaar geef ik hierbij toestemming voor het beschikbaar stellen van hen betreffende gegevens voor raadpleging door andere zorgverleners, op de wijze als in de informatiebrochure beschreven.

De kinderen waarvoor ik de toestemming verleen zijn:

Naam en voorletters:		Handtekening kind (indien tussen 12 en 16 jaar)
Geboortedatum:		
Naam en voorletters:		Handtekening kind (indien tussen 12 en 16 jaar)
Geboortedatum:		
Naam en voorletters:		Handtekening kind (indien tussen 12 en 16 jaar)
Geboortedatum:		
Handtekening:	(Uzelf)	(Partner)