

# Inschrijfformulier Hanzepraktijk

**K.C.P. Roest-Brouwer & A.J. van den Noort, huisartsen Oostzeestraat 46 8262 ES Kampen**  
**Telefoon: 038-3312191 Fax: 038-3333450 www.hanzepraktijk.nl info@hanzepraktijk.nl**

U heeft aangegeven dat u in onze praktijk ingeschreven wilt worden. Zou u zo vriendelijk willen zijn dit formulier in te vullen en te ondertekenen. U kunt het daarna inleveren bij de assistente, samen met een kopie van uw paspoort/rijbewijs/identiteitskaart. Uw medisch dossier vragen wij bij uw vorige huisarts op. Door middel van het ondertekenen van dit formulier gaat u hiermee akkoord.

Als u binnen Kampen wilt veranderen van huisarts moet u eerst een afspraak maken ter kennismaking. Pas na dit kennismakingsgesprek is de inschrijving definitief. Komt u nieuw in Kampen wonen, dan is een kennismakingsgesprek niet nodig, dit mag uiteraard wel.

**LET OP:** legitimatie bij inschrijving met paspoort/rijbewijs/identiteitskaart is voor alle gezinsleden wettelijk verplicht. Graag vragen wij u ook om het privacyreglement op onze website te lezen, hierin staat hoe wij omgaan met uw gegevens.

## Persoon 1

Achternaam: \_\_\_\_\_ M / V

Voorletters: \_\_\_\_\_ Roepnaam: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ BSN: \_\_\_\_\_

Straatnaam + huisnummer: \_\_\_\_\_

Postcode + woonplaats: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer privé: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer werk/mobiel nummer: \_\_\_\_\_

E-mail adres: \_\_\_\_\_

Gehuwd  Ongehuwd  Samenwonend  Gescheiden  Weduwe/weduwnaar

Verzekeringsmaatschappij: \_\_\_\_\_

Polisnummer.: \_\_\_\_\_

Vorige huisarts: \_\_\_\_\_ Woonplaats vorige huisarts: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer vorige huisarts: \_\_\_\_\_ Faxnummer vorige huisarts: \_\_\_\_\_

Nieuwe apotheek: \_\_\_\_\_

## Persoon 2

Achternaam: \_\_\_\_\_ M / V

Voorletters: \_\_\_\_\_ Roepnaam: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ BSN: \_\_\_\_\_

Straatnaam + huisnummer: \_\_\_\_\_

Postcode + woonplaats: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer privé: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer werk/mobiel nummer: \_\_\_\_\_

E-mail adres: \_\_\_\_\_

## Vervolg Persoon 2

Gehuwd     Ongehuwd     Samenwonend     Gescheiden     Weduwe/weduwnaar

Verzekeringsmaatschappij: \_\_\_\_\_

Polisnummer.: \_\_\_\_\_

Vorige huisarts: \_\_\_\_\_ Woonplaats vorige huisarts: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer vorige huisarts: \_\_\_\_\_ Faxnummer vorige huisarts: \_\_\_\_\_

Nieuwe apotheek: \_\_\_\_\_

## Kinderen

Achternaam	Roep naam	Voor letters	M/V	Geboorte datum	Verzekerings maatschappij	Polis nummer	BSN

## Tot slot

Reden inschrijving: \_\_\_\_\_

Wij zijn aangesloten bij de Huisartsenpost in Zwolle. Als u buiten kantooruren gebruik maakt van de diensten van de Huisartsenpost, dan is het belangrijk dat de dienstdoende huisarts uw dossier in kan zien.

De dienstdoende huisarts kan uw dossier alleen inzien als u aangemeld bent bij het Landelijk Schakelpunt (LSP). Tijdens contacten op de Huisartsenpost wordt uw dossier dan opgevraagd, uw eigen huisarts krijgt een melding dat uw dossier ingezien is. U kunt met uw DigiD ook zien wie uw dossier ingezien heeft.

Op de volgende pagina staat het toestemmingsformulier, waarop u aan kunt geven of u toestemming geeft voor inzage van uw dossier via het LSP. Wij willen u vragen deze volledig in te vullen, uw eventuele kinderen moeten vanaf 12 jaar ook het formulier ondertekenen.

Voor meer info, zie onze website: [www.hanzepraktijk.nl](http://www.hanzepraktijk.nl), onder het tabblad: Landelijk Schakelpunt (LSP). U heeft ook een folder ontvangen van VZVZ, hierin staat meer informatie over het LSP.

Hierbij schrijf ik mij/schrijven wij ons in tot wederopzegging bij de Hanzepraktijk. Ik machtig/wij machtigen de Hanzepraktijk mij/ons af te melden bij onze vorige huisarts en mijn/ons dossier op te vragen.

Handtekening(en) van alle gezinsleden van 12 jaar en ouder:

Datum: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

**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: