



HUISARTSENPRAKTIJK
GIESBEEK

Inschrijfformulier

Kerkstraat 164, 6987 AG Giesbeek

Tel: 0313 – 631697

www.giesbeek.praktijkinfo.nl

info@hapgiesbeek.nl

Achternaam: _____

Meisjes achternaam: _____

Voorletters: _____ Roepnaam: _____

Geboortedatum: ____/____/____

Geslacht: man / vrouw

BSN nummer: _____

! Graag een kopie van uw id. bewijs inleveren bij dit formulier

Burgerlijke staat: _____

Adres: _____

Postcode: _____

Telefoonnummer: _____

Mobiele nummer: _____

Emailadres: _____

Indien noodzakelijk contactpersoon: _____

Naam vorige huisarts: _____

Plaats vorige huisarts: _____

Nieuwe Apotheek: _____

Verzekeringsmaatschappij: _____

Polisnummer: _____

! Graag een kopie van uw polis blad inleveren bij dit formulier



VERKLARING INSCHRIJVING PATIËNT

Patiënt(e) verklaart dat Dr. B.J. Schutten en Dr. M.A. Schmidt zijn / haar vaste huisartsen zijn.

Patiënt(e) geeft toestemming aan de praktijk het oude patiënten dossier van hem/haar op te vragen bij de vorige huisarts.

Datum: _____/_____/_____

Handtekening: _____

Wij werken met de services van uw zorg online.

<https://giesbeek.uwzorgonline.nl/inloggen-en-registratie/app/>

Op onze website kunt u meer informatie hierover terug vinden.

<https://giesbeek.praktijkinfo.nl/>

Toestemmingsformulier



volg je zorg

Beschikbaar stellen van jouw medische gegevens via het LSP

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 'JA! Ik wil grip op mijn zorg' en ik heb het goed begrepen.

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 'JA! Ik wil grip op mijn zorg' en ik heb het goed begrepen.

Gegevens huisarts of apotheek

Voor welke zorgverlener regel je toestemming?

mijn huisarts
 mijn apotheek

Naam: _____

Adres: _____

Postcode en plaats: _____

Mijn gegevens vergeet niet je handtekening te zetten

Achternaam: _____

Voorletters: _____

M

V

Adres: _____

Postcode en plaats: _____

Geboortedatum: _____

Handtekening: _____

Datum: _____

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: _____

Voorletters: _____

M

V

Geboortedatum: _____

Handtekening
kind: _____

JA

NEE

Achternaam: _____

Voorletters: _____

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.