

Aanvraag tot inschrijving M.C. Doggersbank

Bij welke praktijk wilt U ingeschreven worden:

Huisartsenpraktijk J.J. van Leeuwen 010-4160841

Achternaam M / V
Meisjesnaam
Voorletter (s)
Geboortedatum
Adres
Postcode en Plaats
Telefoonnummer
Mobielnummer
Email
BSN
Verzekering
Polisnummer

Familieid 1:

Naam geboortedatum:
BSN
Verzekering M/V
Polisnummer

Familieid 2:

BSN geboortedatum:.....
Verzekering
Polisnummer M/V

Voor meer personen kunt u achterkant gebruiken: graag de geboortedatum, naam+voorletters, M/V, ID-nr. noteren

Apotheek BENU / Murene / Stelle / Vd Berg / Regenboog / BMGhoek / elders.....

Naam vorige huisarts, plaats

U moet zelf afmelden bij oude huisarts.

Datum.....

Handtekening patient.....

WID ID-kaart / paspoort / rijbewijs / polisdocument **graag kopie meenemen**

Legitimatienummer :

Pas definitief na toestemming huisarts.

Neem na 5 dagen contact op met de assistente voor bevestiging inschrijving.

TOESTEMMINGSFORMULIER LSP

Huisartsen praktijk J.J.van Leeuwen

Ik geef WEL/ GEEN toestemming voor het elektronisch uitwisselen van mijn medische gegevens:

JA

Ik geef toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners

NEE

Ik geef geen toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners

MIJN GEGEVENS

ACHTERNAAM:

VOORLETTERS:

M / V

ADRES:

POSTCODE EN PLAATS:

GEBOORTEDATUM:

E-MAIL:

HEEFT U KINDEREN?

- Voor kinderen tot 12 jaar geeft de ouder/voogd toestemming.
- Kinderen vanaf 16 jaar geven zelf toestemming.
- Voor kinderen van 12 tot 16 jaar geldt, dat zowel de ouder/voogd als het kind toestemming moet geven. Hiervoor kan het kind zelf een formulier invullen of onderstaand een paraaf achter zijn/haar naam zetten.

GEGEVENS VAN MIJN KINDEREN – registratie toestemming:

JA <input type="checkbox"/>	NEE <input type="checkbox"/>	VOOR- EN ACHTERNAAM:	M / V
		GEBOORTEDATUM:	
JA <input type="checkbox"/>	NEE <input type="checkbox"/>	VOOR- EN ACHTERNAAM:	M / V
		GEBOORTEDATUM:	
JA <input type="checkbox"/>	NEE <input type="checkbox"/>	VOOR- EN ACHTERNAAM:	M / V
		GEBOORTEDATUM:	
JA <input type="checkbox"/>	NEE <input type="checkbox"/>	VOOR- EN ACHTERNAAM:	M / V
		GEBOORTEDATUM:	

TOESTEMMINGSFORMULIER enquête

Ik geef WEL/ GEEN toestemming om mij te benaderen voor een anonieme enquête / kwaliteitsonderzoek.

Uw ervaring is belangrijk voor onze praktijk, daarom willen we u graag vragen om mee te doen met de enquête. Uw gegevens worden anoniem verwerkt en niet gedeeld met derden. Alleen geanonimiseerde resultaten en relevante achtergrond kenmerken worden gebruikt voor onderzoeksdoeleinden.

JA

Ik geef toestemming om mij te benaderen voor een enquête

NEE

Ik geef geen toestemming om mij te benaderen voor een enquête

DATUM:

ONDERTEKENING:

.....

.....