

Datum van inschrijving: \_\_\_\_\_

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| <b>Naam:</b>                     |  |
| <b>Voorletters:</b>              |  |
| <b>Straatnaam en huisnummer:</b> |  |
| <b>Postcode en woonplaats:</b>   |  |
| <b>Telefoonnummer(s):</b>        |  |
| <b>Emailadres:</b>               |  |
| <b>Geslacht:</b>                 |  |
| <b>Geboortedatum:</b>            |  |
| <b>BSN Nummer:</b>               |  |
| <b>Naam zorgverzekeraar:</b>     |  |
| <b>Verzekeringsnummer:</b>       |  |

Toestemming emailgebruik voor kwaliteitsdoeleinden in de praktijk: JA/NEE

Toestemming voor uitwisselen van medische gegevens, informatievoorziening en kwaliteitsdoeleinden (LSP): JA/NEE

Voor meer informatie verwijzen we u naar: [www.ikgeeftoestemming.nl](http://www.ikgeeftoestemming.nl)

Aantal inschrijvingen woonverband: .....

Wij verzoeken u per gezinslid een formulier in te vullen. Indien gezinslid al bekend bij ons:

|              |                       |
|--------------|-----------------------|
| <b>Naam:</b> | <b>Geboortedatum:</b> |
|--------------|-----------------------|

*U verklaart hierbij dat u zich uitschrijft bij uw vorige huisarts en dat u vraagt of het dossier naar uw nieuwe huisarts overgedragen kan worden.*

### Gegevens vorige huisarts

**Naam huisartsenpraktijk en woonplaats:**

**Uw vorige huisarts:**

Heeft u een voorkeur voor één van onze huisartsen?

Huisarts Blom     Huisarts Uit de Weerd     Huisarts Bijkerk     geen voorkeur

*Wij doen ons uiterste best om u bij de gewenste huisarts in te schrijven.*

*Indien dit niet mogelijk is nemen wij contact met u op.*

Wij volgen het advies van de KNMG (artsenorganisatie) dat:

- bij kinderen tot de leeftijd van 12 jaar beide ouders/voogd moeten tekenen
- bij kinderen tussen 12-16 jaar beide ouders/voogd EN het kind tekenen
- bij kinderen boven de 16 jaar alleen het kind zelf hoeft te tekenen.

**Als het formulier volledig is ingevuld, kunt u het afgeven bij de assistente op de praktijk.**

**Handtekening volwassene:**

**(kind)**

**Datum:**

*In te vullen door de assistente:*

check volledigheid/legitimatie

controleert nieuw in de HAP of al bekend(partner?)

controleert op adres al bekend?

verwerkt in medicom

ION/COV

taak aanmaken arts (nieuwe pt)

inschrijfformulier ingescand

**Wilt u uw legitimatiebewijs meenemen?  
Wij zijn verplicht uw legitimatie eenmalig te controleren.**

Datum van inschrijving: \_\_\_\_\_

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| <b>Naam:</b>                     |  |
| <b>Voorletters:</b>              |  |
| <b>Straatnaam en huisnummer:</b> |  |
| <b>Postcode en woonplaats:</b>   |  |
| <b>Telefoonnummer(s):</b>        |  |
| <b>Emailadres:</b>               |  |
| <b>Geslacht:</b>                 |  |
| <b>Geboortedatum:</b>            |  |
| <b>BSN Nummer:</b>               |  |
| <b>Naam zorgverzekeraar:</b>     |  |
| <b>Verzekeringsnummer:</b>       |  |

Toestemming emailgebruik voor kwaliteitsdoeleinden in de praktijk: JA/NEE

Toestemming voor uitwisselen van medische gegevens, informatievoorziening en kwaliteitsdoeleinden (LSP): JA/NEE

Voor meer informatie verwijzen we u naar: [www.ikgeeftoestemming.nl](http://www.ikgeeftoestemming.nl)

Aantal inschrijvingen woonverband: .....

Wij verzoeken u per gezinslid een formulier in te vullen. Gezinslid al bekend bij ons:

|              |                       |
|--------------|-----------------------|
| <b>Naam:</b> | <b>Geboortedatum:</b> |
|--------------|-----------------------|

*U verklaart hierbij dat u zich uitschrijft bij uw vorige huisarts en dat u vraagt of het dossier naar uw nieuwe huisarts overgedragen kan worden.*

### Gegevens vorige huisarts

**Naam huisartsenpraktijk en woonplaats:**

**Uw vorige huisarts:**

Heeft u een voorkeur voor één van onze huisartsen?

Huisarts Blom     Huisarts Uit de Weerd     Huisarts Bijkerk     geen voorkeur

*Wij doen ons uiterste best om u bij de gewenste huisarts in te schrijven.*

*Indien dit niet mogelijk is nemen wij contact met u op.*

Wij volgen het advies van de KNMG (artsenorganisatie) dat:

- bij kinderen tot de leeftijd van 12 jaar beide ouders/voogd moeten tekenen
- bij kinderen tussen 12-16 jaar beide ouders/voogd EN het kind tekenen
- bij kinderen boven de 16 jaar alleen het kind zelf hoeft te tekenen.

**Als het formulier volledig is ingevuld, kunt u het afgeven bij de assistente op de praktijk.**

**Handtekening volwassene:**

**(kind)**

**Datum**

*In te vullen door de assistente:*

check volledigheid/legitimatatie

controleert nieuw in de HAP of al bekend(partner?)

controleert op adres al bekend?

verwerkt in medicom

ION/COV

taak aanmaken arts (nieuwe pt)

inschrijfformulier ingescand

**Wilt u uw legitimatiebewijs meenemen?  
Wij zijn verplicht uw legitimatie eenmalig te controleren.**