

Datum van inschrijving: _____

Naam:	
Voorletters:	
Straatnaam en huisnummer:	
Postcode en woonplaats:	
Telefoonnummer(s):	
Emailadres:	
Geslacht:	
Geboortedatum:	
BSN Nummer:	
Naam zorgverzekeraar:	
Verzekeringsnummer:	

Toestemming emailgebruik voor kwaliteitsdoeleinden (o.a. mijngezondheid.net/zorgdomein) 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

Aantal inschrijvingen woonverband: _____

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

Naam:	Geboortedatum:
--------------	-----------------------

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 Huisarts Vrolijks 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?

controleert LSP, let op

verwerkt in medicom

ION/COV

taak aanmaken arts (nieuwe pt)

inschrijfformulier ingescand

Mgn aangemeld

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

Datum van inschrijving: _____

Naam:	
Voorletters:	
Straatnaam en huisnummer:	
Postcode en woonplaats:	
Telefoonnummer(s):	
Emailadres:	
Geslacht:	
Geboortedatum:	
BSN Nummer:	
Naam zorgverzekeraar:	
Verzekeringsnummer:	

Toestemming emailgebruik voor kwaliteitsdoeleinden (o.a. mijngezondheid.net/zorgdomein) 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

Aantal inschrijvingen woonverband: _____

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

Naam:	Geboortedatum:
--------------	-----------------------

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 Huisarts Vrolijks 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.

In te vullen door de assistente:

- check volledigheid/legitimatie
- controleert nieuw in de HAP of al bekend(partner?)
- controleert op adres al bekend?
- controleert LSP, let op privacy vink bij NEE

- verwerkt in medicom
- ION/COV
- taak aanmaken arts (nieuwe pt)
- inschrijfformulier ingescand
- Mgn aangemeld

Verklaring van inschrijving Huisartsenpraktijk Hof van Blom

Handtekening volwassene:

(kind)

Datum

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

In te vullen door de assistente:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> check volledigheid/legitimatie | <input type="checkbox"/> verwerkt in medicom |
| <input type="checkbox"/> controleert nieuw in de HAP of al bekend(partner?) | <input type="checkbox"/> ION/COV |
| <input type="checkbox"/> controleert op adres al bekend? | <input type="checkbox"/> taak aanmaken arts (nieuwe pt) |
| <input type="checkbox"/> controleert LSP, let op privacy vink bij NEE | <input type="checkbox"/> inschrijfformulier ingescand |
| | <input type="checkbox"/> Mgn aangemeld |

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