

## Inschrijfformulier (Bestemd voor verstrekkingen 2)

Dit inschrijfformulier bevat een verklaring van een patiënt van inschrijving binnen een huisartsenpraktijk, en kan gebruikt worden als verzoek tot correctie van huisartsdeclaraties.

Gegevens huisarts : S.S. Warya  
Adres praktijk : Groen van Prinstererweg 38 a  
3317 SP Dordrecht  
Tel: 078 6172796 Fax: 078 6512759  
AGB-code huisarts : 01-026648  
AGB-code praktijk : 01-58352

Patiënt verklaart bij bovenstaande huisarts in zijn praktijk op naam te zijn ingeschreven, met zijn/haar (indien van toepassing) gezinsleden.

### Gegevens patiënt:

Naam patiënt: Geb.datum: BSN nummer:

Naam patiënt:	Geb.datum:	BSN nummer:

Adres:

Postcode:  
Tel.nr:  
Apotheek:

Zorgverzekeraar: UZOVI code: Relatienummer(s):

Zorgverzekeraar:	UZOVI code:	Relatienummer(s):

Ik geef toestemming om mij/ons aan te melden bij LSP

Nummer identiteit document: Soort wettelijk identiteit document:

Nummer identiteit document:	Soort wettelijk identiteit document:

Handtekening :

Datum:

# TOESTEMMINGSFORMULIER

ELEKTRONISCH UITWISSELEN VAN MEDISCHE GEGEVENS VIA HET LSP

**JA**

Ik geef toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners via het LSP zoals in de brochure 'Uw medische gegevens elektronisch delen?' en/of de folder 'Beter geholpen met goede informatie' van VZVZ is aangegeven.

**NEE**

Ik geef geen toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners via het LSP zoals in de brochure 'Uw medische gegevens elektronisch delen?' en/of de folder 'Beter geholpen met goede informatie' van VZVZ is aangegeven.

## GEGEVENS VAN DE ZORGVERLENER AAN WIE IK TOESTEMMING GEEF:

NAAM:	S. S. WARYA Huisarts	<input type="checkbox"/> Apotheek <input type="checkbox"/> Huisarts
ADRES:	Groen van Prinstererweg 38 A 3317 SP Dordrecht	
POSTCODE EN PLAATS:	F: 078 651 27 59	

## MIJN GEGEVENS

Vul onderstaande gegevens in. Vergeet niet uw handtekening te zetten.

ACHTERNAAM: \_\_\_\_\_ VOORLETTERS: \_\_\_\_\_  M  V

ADRES: \_\_\_\_\_

POSTCODE EN PLAATS: \_\_\_\_\_

GEBOORTEDATUM: \_\_\_\_\_

DATUM: \_\_\_\_\_ HANDTEKENING: \_\_\_\_\_

## WILT U TOESTEMMING REGELEN VOOR UW KIND(EREN)?

- Voor kinderen tot 12 jaar geeft de ouder/voogd toestemming. Hiervoor kunt u dit formulier gebruiken.
- Voor kinderen van 12 tot 16 jaar die toestemming willen geven, moet zowel de ouder/voogd als het kind zijn handtekening zetten. Het kind kan een eigen formulier invullen of hieronder zijn/haar handtekening zetten.
- Kinderen vanaf 16 jaar geven zelf toestemming.

## GEGEVENS VAN MIJN KIND(EREN)

Vul hieronder de gegevens in van het kind of de kinderen voor wie u toestemming wilt regelen. Kinderen van 12 tot 16 jaar tekenen zelf voor toestemming of voor de keuze om medische gegevens niet uit te wisselen. Vergeet niet hieronder uw eigen handtekening te zetten.

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

DATUM: \_\_\_\_\_ HANDTEKENING OUDER/VOOGD: \_\_\_\_\_

Lever dit formulier in bij de zorgverlener aan wie u toestemming geeft.