



Huisartspraktijk Tuitjenhorn

📍 Dorpsstraat 33

1747 HA Tuitjenhorn

☎ 0226 - 393 131

✉ praktijk@huisartstuitjenhorn.nl

🌐 www.huisartstuitjenhorn.nl

KvK: 63220156

AGB-code: 01-054613

INSCHRIJFFORMULIER

Vanaf welke datum moet de inschrijving ingaan?:

Bent u in het verleden ingeschreven geweest in onze praktijk? ☐ja ☐nee

Woont u samen met een iemand die al in deze praktijk zit? ☐ja ☐nee

Hierbij geef ik toestemming aan mijn vorige huisarts mij/ons uit te schrijven en de medische gegevens op te sturen naar bovenstaand adres.

Handtekening:

Vorige huisarts (naam):

Plaats en telefoonnummer:

PERSONALIA

Achternaam:

Voornaam:

Voorletter(s):

Geslacht: ☐m ☐v ☐x

Geboortedatum:

Adres:

Postcode en woonplaats:

Telefoon thuis:

Mobiel nummer:

E-mailadres:

BSN:



Huisartspraktijk Tuitjenhorn

📍 Dorpsstraat 33

1747 HA Tuitjenhorn

☎ 0226 - 393 131

✉ praktijk@huisartstuitjenhorn.nl

🌐 www.huisartstuitjenhorn.nl

KvK: 63220156

AGB-code: 01-054613

WOONSITUATIE

☐ alleenwonend

☐ gescheiden

☐ weduwe/weduwenaar

☐ samenwonend

met:

geboortedatum:

☐ gehuwd

met:

geboortedatum:

Telefoonnummer contactpersoon/mantelzorger:

HEEFT U KINDEREN?

☐ nee

☐ ja, uitwonend

☐ ja, thuiswonend, aantal:

Gegevens thuiswonende kind(eren):

geboortedatum:

voorletters(s) en naam:

BSN:

geboortedatum:

voorletters(s) en naam:

BSN:

geboortedatum:

voorletters(s) en naam:

BSN:

Kinderen van 16 jaar of ouder moeten een eigen inschrijvingsformulier invullen en ondertekenen.

OVERIG

Zijn er niet-medische zaken waarmee we rekening moeten houden:

☐ nee

☐ ja, namelijk,

TOESTEMMINGSFORMULIER

Beschikbaar stellen van uw medische gegevens

Aanvinken indien van toepassing (meerdere opties mogelijk):

☐ JA Ik geef toestemming om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door zorgverleners in en buiten Noordwest Ziekenhuisgroep die betrokken zijn bij mijn behandeling, waaronder de huisarts. <u>Inzage huisarts in ziekenhuis</u>	☐ JA Ik geef toestemming aan mijn huisarts en Noordwest Ziekenhuisgroep om mijn gegevens beschikbaar te stellen via het LSP (Landelijk Schakelpunt) <u>Inzage huisarts - huisartsenpost en apotheek</u>	☐ NEE Ik geef GEEN toestemming om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door zorgverleners buiten mijn eigen huisarts, die betrokken zijn bij mijn behandeling. <u>Geen inzage huisarts in andere systemen</u>
--	---	--

Mijn gegevens en/of gegevens van mijn kinderen tot 12 jaar:

(kinderen vanaf 12 jaar zetten ook een handtekening, kinderen vanaf 16 jaar vullen zelf een formulier in)

Achternaam: _____

Voorletter: _____

Adres: _____

Postcode en plaats: _____

Geboortedatum: _____

(vergeet niet een handtekening te zetten!)

Datum: _____

Handtekening: _____

Extra informatie? Kijk op

Volgjezorg.nl

NWZ.nl/toestemming