

Patiënt verklaart hierbij zich in te schrijven in **huisartsenpraktijk De Kroonsteen Beneden (AGB 01055231)** en laat zich uitschrijven bij de vorige huisarts.

- Hij / zij geeft hierbij toestemming aan de vorige huisarts dat hij /zij het medisch dossier mag overdragen aan een van de onderstaande huisartsen.
- T. van der Arend
 - L. van Groenendael
 - B. Plant
 - M. van Voskuilen
 - H. Winkelhorst

Schoolstraat 8, 6581 BG Malden. Tel. 024-3580284

Bij inschrijving in de praktijk wordt u verzocht zich te legitimeren met een geldig legitimatiebewijs. U kunt ook een kopie van een legitimatiebewijs inleveren.
Deze zal vernietigd worden na verwerking van de gegevens.

Documenttype (in te vullen door de assistente)

- | | |
|-------------------------|--------------|
| ○ Nederlands paspoort | nummer |
| ○ Nederlandse ID | nummer |
| ○ Rijbewijs | nummer |
| ○ Vreemdelinge paspoort | nummer |
| ○ Buitenlandspoot | nummer |

Naam patiënt (en evt. meisjesnaam)M / V

Voorletters Roepnaam.....

Geb.datum BSN

Beroep emailadres

Adres / postcode.....

Telefoonnummer evt. mobiele tel.....

Zorgverzekeraar verzekeringsnummer

Datum inschrijving in de praktijkHandtekening.....

Gegevens vorige huisarts:

Naam:.....

Adres:.....

LET OP: ook achterzijde invullen !

In het geval niet beide ouders het ouderlijk gezag over het kind (tot 18 jaar) hebben, wilt u dan hier aangeven wie dat wel heeft.

Naam kind..... Geboortedatum.....

Naam ouder / voogd.....

Adres ouder / voogd.....

Telefoonnummer ouder /voogd.....

Handtekening ouder / voogd.....

Toestemming voor uitwisseling van patiëntengegevens

Hierbij kunt u aangeven of u toestemming geeft aan bovenstaande zorgverlener(s) om de gegevens in uw patiëntendossier te laten inzien door andere zorgverleners, zoals huisartsenposten, (ziekenhuis)apothekers en medisch specialisten.

- Ja, ik geef toestemming aan bovenstaande zorgverleners/zorgaanbieders om mijn medische gegevens beschikbaar te stellen aan de voor mij relevante behandelaars/aanbieders.
- Nee, ik geef geen toestemming aan bovenstaande zorgverleners/zorgaanbieders om mijn medische gegevens beschikbaar te stellen aan de voor mij relevante behandelaars/aanbieders.

Handtekening

Handtekening
ouder 1

Handtekening
ouder 2

Let op: voor kinderen tot 16 jaar is toestemming van de beide ouders nodig en kinderen vanaf 12 jaar moeten óók zelf toestemming geven!