**Bewijs van inschrijving**

|  |  |
| --- | --- |
| **Naam** |  |
| **Achternaam** |  |
| **Meisjesnaam** |  |
| **Geboortedatum** |  |
| **Geslacht** |  |
| **BSN Nummer** |  |
| **Soort identiteitsbewijs** | ID/Paspoort/Rijbewijs/Vreemdelingendocument/Buitenlands paspoort |
| **Documentnummer** |  |
| **Zorgverzekeraar en polisnummer** |  |
| **Adres** |  |
| **Postcode/woonplaats** |  |
| **Telefoonnummer** |  |
| **Mobiel nummer** |  |
| **Email adres** |  |

**Overige gezinsleden**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Naam** |  |  |  |  |
| Geslacht |  |  |  |  |
| Geboortedatum |  |  |  |  |
| Tel nummer |  |  |  |  |
| Email adres |  |  |  |  |
| BSN Nummer |  |  |  |  |
| Zorgverzekeraar |  |  |  |  |
| Polisnummer |  |  |  |  |
| Soort identiteitsbewijs |  |  |  |  |
| Documentnummer |  |  |  |  |

Indien wettelijke vertegenwoordig:

Naam:

Email:

Telefoonnummer:

In geval van gescheiden ouders:

Wie heeft het ouderlijk gezag? beide/vader/moeder (streep door wat niet van toepassing is)

**Gegevens vorige (apotheekhoudende) huisarts:**

|  |  |
| --- | --- |
| Huisarts |  |
| Straat |  |
| Postcode + plaats |  |
| Telefoonnummer |  |
| Faxnummer |  |

**Gegevens vorige apotheek: (alleen invullen wanneer u een aparte apotheek had)**

|  |  |
| --- | --- |
| Apotheek |  |
| Straat |  |
| Postcode + plaats |  |
| Telefoonnummer |  |
| Faxnummer |  |

**Elektronische medische gegevens Ja of Nee?**

Uw apotheekhoudend huisarts houdt een eigen dossier over u bij. Hierin staat informatie die belangrijk is voor uw behandeling. Als huisarts legt hij/zij vast wat uw klachten zijn en welke behandelingen (lees medicamenten) u hiervoor krijgt. De apotheek registreert welke medicijnen u krijgt en voor welke medicijnen u allergisch bent. Deze gegevens kunnen worden uitgewisseld met het LSP (Landelijk SchakelPunt). Een andere zorgverlener, zoals de dokterswacht, andere huisarts, apotheken of ziekenhuizen, kan dan uw gegevens opvragen als dat nodig is voor uw behandeling. Het LSP zoekt aan de hand van uw Burgerservicenummer welke zorgverleners gegevens over u beschikbaar hebben gesteld. Als er gegevens beschikbaar zijn, kan de zorgverlener deze opvragen en inzien. In het netwerk staat alleen uw BSN vermeld en welke huisarts en apotheek gegevens over u beschikbaar hebben.

Lees meer op www.ikgeeftoestemming.nl

|  |  |
| --- | --- |
| **Naam** | **Wel/Niet toestemming** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Handtekening: Voor het inschrijven is het noodzakelijk uw handtekening te ontvangen.**

Voor kinderen tot 12 jaar geeft de ouder/voogd toestemming.

Voor kinderen van 12 tot 16 jaar die toestemming willen geven, moet zowel de ouder/voogd als het kind zijn handtekening zetten. Kinderen vanaf 16 jaar geven zelf toestemming.

**Naam: Naam: Naam:**

**Handtekening Handtekening Handtekening**

**Naam: Naam: Naam:**

**Handtekening Handtekening Handtekening**

Voor een volledige inschrijving is het belangrijk dat wij zo spoedig mogelijk na de ontvangst van dit formulier het dossier van uw oude huisarts en apotheek ontvangen. Daarom vragen wij u het volgende: 1) Zou u zich willen uitschrijven bij uw huidige huisarts én apotheek

2) Zou u uw huidige huisarts én apotheek toestemming willen geven voor het verzenden van uw dossier naar ons.

3) Zou u bij dit formulier een actueel medicatie overzicht (AMO) vanuit uw huidige apotheek willen toevoegen? Indien u geen medicatie gebruikt dan kunt u dat bij de inschrijving aangeven.

Hartelijk dank hiervoor.