

Huisartsenpraktijk Europaplein

Drs. A.G. Kiès

Europalaan 86-H

6871 BZ Renkum

Tel.: (0317) 315 801

Spoedlijn: optie 1

www.huisartseneuropaplein.nl

assistente@huisartseneuropaplein.nl

Persoonlijke gegevens patiënt.

Volledige naam: _____

Roepnaam: _____

Geboortedatum: _____

Geslacht: ☐ man ☐ vrouw

Straat en huisnummer: _____

Postcode en woonplaats: _____

Telefoonnummers: _____

E-mail adres: _____

Bovengenoemde patiënt verklaart zich op _____ te hebben ingeschreven bij de praktijk van dokter A.G. Kiès.

Middels dit toestemmingsformulier verzoekt bovengenoemde patiënt;

Naam vorige huisarts: _____

Adres: _____

Postcode en plaats: _____

de huisarts om de medische gegevens elektronisch middels Zorgmail File Transfer aan de nieuwe huisarts over te dragen en de patiënt uit te schrijven bij zijn/haar praktijk.

Heeft uw praktijk **Promedico ASP** dan verzoeken wij u contact met ons op te nemen vóóordat u de patiënt digitaal overzet naar onze praktijk.

Handtekening*: _____

Datum inschrijving: _____

*alle patiënten van 12 jaar of ouder dienen zelf te ondertekenen.

Huisartsenpraktijk Europaplein

Inschrijfformulier nieuwe patiënt

Drs. A.G. Kiès



Aanwijzing bij het invullen:

- Per persoon/gezinslid een formulier invullen.
- Graag een kopie van het legitimatiebewijs en de zorgpas toevoegen.
- Het volledig ingevuld en ondertekende VZVZ-toestemmingsformulier toevoegen.

Algemene gegevens.

Volledige naam: _____

Roepnaam: _____

Geboortedatum: _____

Geslacht: ☐ man ☐ vrouw

Straat en huisnummer: _____

Postcode en woonplaats: _____

Telefoonnummers: _____

E-mail adres: _____

Aanvullende gegevens.

Identiteitsbewijs: ☐ graag een kopie toevoegen aan inschrijfformulier.

Burgerservicenummer: _____

Zorgverzekeraar: _____

Polisnummer: _____

Zorgpas: ☐ graag een kopie toevoegen aan inschrijfformulier.

Vorige huisarts: (naam en plaats) _____

Apotheek: _____

Bijzonderheden.

Zijn er bijzonderheden met betrekking tot uw gezondheid waar uw toekomstige huisarts van op de hoogte moet zijn? Deze kunt u hieronder vermelden. U kunt hierbij denken aan allergieën of aandoeningen waarvoor u onder behandeling bent bij de specialist.

Stelt u prijs op het maken van een afspraak voor een kennismakingsgesprek? ☐ ja ☐ nee

Handtekening*: _____

Datum inschrijving: _____

*alle patiënten van 12 jaar of ouder dienen zelf te ondertekenen.

☐ **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: A.G. Kiès

☐ Apotheek
☒ Huisarts

ADRES: Europalaan 86-H

POSTCODE EN PLAATS: 6871 BZ Renkum

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 wel of geen toestemming. Vergeet niet hieronder ook uw eigen handtekening te zetten.

Handtekening kind:

☐ JA ☐ NEE

VOOR- EN ACHTERNAAM:
GEBOORTEDATUM:

☐ M
☐ V

☐ JA ☐ NEE

VOOR- EN ACHTERNAAM:
GEBOORTEDATUM:

☐ M
☐ V

☐ JA ☐ NEE

VOOR- EN ACHTERNAAM:
GEBOORTEDATUM:

☐ M
☐ V

☐ JA ☐ NEE

VOOR- EN ACHTERNAAM:
GEBOORTEDATUM:

☐ M
☐ V

DATUM:

HANDTEKENING OUDER/VOOGD:

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