

INSCHRIJFFORMULIER

Geachte heer/mevrouw/familie,

Welkom in onze praktijk. Om uw inschrijving correct te kunnen verwerken verzoeken wij u dit formulier zo volledig mogelijk in te vullen. Graag per persoon van 16 jaar en ouder een apart formulier invullen. Op blad 2 van dit inschrijfformulier kunt u de namen van de meeverhuizende kinderen t/m 15 jaar noteren.

Datum aanmelding: _____

Mijn apotheek in Alphen a/d Rijn wordt:

Geboortedatum: _____ M / V

Voorletters: _____ Achternaam: _____

BSN nummer: _____

Postcode en huisnummer: _____ Straatnaam: _____

Woonplaats: _____

Telefoonnummer thuis: _____ Mobiel*: _____

Email*: _____

Zorgverzekeraar: _____ Polisnummer: _____

Het is niet mogelijk bij meer dan 1 huisarts ingeschreven te staan. Het is daarom noodzakelijk dat u zich bij uw vorige huisarts laat uitschrijven. Vraagt u aan uw vorige huisarts om uw medische gegevens op te sturen naar uw nieuwe huisarts.

Naam vorige huisarts: _____ Plaats: _____

- Het LSP (LandelijkSchakelPunt) is een beveiligd netwerk om uw medische gegevens met apothekers en huisartsenposten **in de regio** te delen. Dit kan handig zijn in onverwachte situaties of bij bezoek aan de HAP 's avonds of in het weekend.

Toestemming delen gegevens met LSP Ja / Nee

- U kunt bij ons gebruik maken van MijnGezondheid.net (MGN). Dit is een persoonlijk zorgdossier waarmee u online makkelijk en snel uw gezondheidzaken kunt regelen. Voor het gebruik van MGN heeft u DigiD met SMS-functie nodig. Hiermee wordt de veiligheid en privacy gewaarborgd.

Ik wil mij aanmelden voor MGN Ja / Nee

* Waar mogelijk verwijzen wij graag digitaal, daarvoor hebben wij uw e-mail adres en mobiele telefoonnummer nodig. Indien u hier niet over beschikt of dit niet wenst zult u papieren verwijzingen ontvangen.

INSCHRIJFFORMULIER

Wilt u belangrijke medische gegevens zoals ziekten, operaties, allergieën en medicatie en eventueel uw medische voorgeschiedenis hier in het kort vermelden?:

--

Vul hier de gegevens in van meeverhuizende kinderen (t/m 15 jaar):

Kind 1

Voorletters en roepnaam	M / V	Achternaam	Geboortedatum
Zorgverzekeraar		Polisnummer	BSN nummer

Kind 2

Voorletters en roepnaam	M / V	Achternaam	Geboortedatum
Zorgverzekeraar		Polisnummer	BSN nummer

Kind 3

Voorletters en roepnaam	M / V	Achternaam	Geboortedatum
Zorgverzekeraar		Polisnummer	BSN nummer

Wilt u belangrijke medische gegevens zoals ziekten, operaties, allergieën en medicatie **met betrekking tot (één) van de kinderen** hier in het kort vermelden?:

--

Patiënt verklaart per onder genoemde datum bij huisartsenpraktijk Het Ambacht op naam te zijn ingeschreven:

Datum	Handtekening patiënt / gemachtigde
-------	------------------------------------