



**Praktijk Dahliastraat**

G. Schreurs en J.A. van der Wijk, Huisartsen

Dahliastraat 1a, 8096 VR Oldebroek

Tel: 0525-631225      www.praktijkdahliastraat.nl

## Inschrijfformulier nieuwe patiënten

Gebruik bij meer kinderen een tweede formulier

	Patiënt 1	Patiënt 2	Minderjarig kind	Minderjarig kind
<b>Voornaam</b>				
<b>Achternaam</b>				
<b>Adres</b>				
<b>Postcode en plaats</b>				
<b>Telefoon</b>				
<b>Mobiel</b>				
<b>Geboortedatum</b>				
<b>E-mail</b>				
<b>BSN-nummer</b>				
<b>Zorgverzekeraar</b>				
<b>Polisnummer</b>				
<b>Nieuwe apotheek</b>				
<b>Vorige huisarts</b>				
<b>Plaats vorige huisarts</b>				

Wilt u zelf uw vorige huisarts benaderen om u bij hen te laten **uitschrijven** en hen vragen om uw **medisch dossier** naar ons op te sturen?

Datum: .....

Handtekening      Patiënt 1: .....

Patiënt 2: .....

**TOESTEMMING:** Ik geef wel/geen toestemming om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners zoals in de brochure 'Uw medische gegevens elektronisch delen?' en/of folder 'Beter geholpen met goede informatie' is aangegeven. Kruis hieronder per zorgverlener aan of u wel of geen toestemming geeft en lever dit formulier in bij één van deze zorgverleners. Die geeft uw keuze door aan de andere zorgverleners op het formulier.

<b>Naam en adres</b>	<b>Naam en adres</b>

HANDTEKENING:

HANDTEKENING:

### MIJN GEGEVENS

Vul onderstaande gegevens in. Vergeet niet uw handtekening te zetten.

**HUISARTS**

JA  NEE



**Praktijk Dahliastraat**

G. Schreurs en J.A. van der Wijk, Huisartsen  
Dahliastraat 1a  
8096 VR Oldebroek

**APOTHEEK**

JA  NEE



**Apotheek Oldebroek**

Zuiderzeestraatweg 139  
8096 BE Oldebroek

### HEEFT U KINDEREN?

- Voor kinderen tot 12 jaar geeft de ouder/voogd toestemming.
- Kinderen vanaf 16 jaar geven zelf toestemming.
- Voor kinderen van 12 tot 16 jaar geldt dat zowel de ouder/voogd als het kind toestemming moet geven. Hiervoor kan het kind zelf een formulier invullen of onderstaand een paraaf achter zijn/haar naam zetten.

### GEGEVENS VAN MIJN KINDEREN

Vul onderstaande gegevens voor uw kind(eren) in. Vergeet niet uw handtekening te zetten.

<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE <b>HUISARTS</b> <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE <b>APOTHEEK</b>	VOOR- EN ACHTERNAAM: GEBORTE DATUM:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE <b>HUISARTS</b> <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE <b>APOTHEEK</b>	VOOR- EN ACHTERNAAM: GEBORTE DATUM:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE <b>HUISARTS</b> <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE <b>APOTHEEK</b>	VOOR- EN ACHTERNAAM: GEBORTE DATUM:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE <b>HUISARTS</b> <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE <b>APOTHEEK</b>	VOOR- EN ACHTERNAAM: GEBORTE DATUM:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE <b>HUISARTS</b> <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE <b>APOTHEEK</b>	VOOR- EN ACHTERNAAM: GEBORTE DATUM:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V

DATUM:

HANDTEKENING: