

INSCHRIJFFORMULIER \*

|  |
| --- |
| **Persoonsgegevens** |
| Volledige achternaam |  |
| Voorletters en roepnaam |  |
| Geboortedatum  |  | M/V |
| Adres  |  |
| Telefoonnummer (vast en mobiel) |  |
| Email |  |

|  |
| --- |
| **BSN-nummer en Verzekeringsgegevens** |
| BurgerServiceNummer  |  |
| Naam zorgverzekeraar |  |
| Polisnummer |  |

|  |
| --- |
| **Gegevens vorige huisarts**  |
| Naam |  |
| Adres |  |
| Ik geefwel / niet | toestemming om medisch dossier en medicatieoverzicht op te vragen |

**Hierbij geef ik toestemming om mijn medische gegevens via het** [**LSP**](https://www.volgjezorg.nl/het-lsp) **beschikbaar te stellen voor mijn andere zorgverleners als dat voor mijn behandeling noodzakelijk is.**

 Ja q / Nee q **Handtekening:**

|  |
| --- |
| Evt opmerkingen:  |

* Graag zo volledig mogelijk invullen/ per persoon 1 formulier/ handtekening noodzakelijk vanaf 16 jaar
* INGEVULD INLEVEREN IN DE PRAKTIJK, NEEM OOK GELDIG ID-BEWIJS MEE!