

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 geef  wel / 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!