



Huisartsenpraktijk West, Krimpen aan den IJssel
Kevenaar, Van den Berg, Danen, Van den Berge en Gomersall
Groenendaal 1
2922 CJ Krimpen a/d IJssel
T: 0180-514877
E: huisartsenwest@gckrimpen.nl

Welkom in onze huisartsenpraktijk! Om ingeschreven te worden dient u dit formulier volledig in te vullen, te ondertekenen en persoonlijk af te geven aan de praktijkassistente. Houdt u svp rekening met onderstaande punten:

- **Per gezinslid is een apart inschrijfformulier nodig;**
 - Gezinsleden van 16+ dienen het formulier zelf in te vullen en te ondertekenen;
 - Voor gezinsleden van 12-16 jr dienen zowel beide gezagsdragende ouders / voogd als het kind te ondertekenen*;
 - Voor gezinsleden < 12 jr volstaat invullen en ondertekening door beide gezagsdragende ouders / voogd*;
- *Indien er sprake is van éénooudergezag dient hiervan bewijs te worden verstrekt (geboorteaangifte of uittreksel wijzing gezagsregister)
- **U dient een geldige legitimatie / identiteitsbewijs mee te nemen (ook van gezinsleden);**
- **Wij verzoeken u zich af te melden bij uw vorige huisarts;**

[1] Inschrijfgegevens (in blokletters):

Achternaam (+ meisjesnaam): _____
Voorletters + voornaam: _____
Geboortedatum: ____ -- ____ -- ____ Geslacht: _____
Burg.staat: _____
Straatnaam: _____ Huisnummer: _____
Postcode: _____ te Krimpen aan den IJssel
Telefoon: Thuis: _____ Mobiel: 06- _____
Emailadres: _____ @ _____
Burgerservicenummer: _____ ID/Paspoort nummer: _____
Naam zorgverzekering: _____ Polisnummer: _____

[2] Apotheekkeuze (aankruisen svp): Apotheek Vrijhof O Boots Apotheek Omnium O

[3] Heeft u de vorige huisarts geïnformeerd over uw overschrijving en wordt uw medisch dossier opgestuurd? Let op, zonder uw dossier kunnen wij u niet helpen. JA / NEE

Naam vorige huisarts: _____
Plaats: _____

Geeft u svp ook uw toestemming (ja/nee) aan voor het delen van uw medische gegevens via het Landelijk Schakel Punt (LSP). De belangrijkste medische gegevens uit uw dossier kunnen dan worden gedeeld met andere behandelende artsen, zoals bijv op de huisartsenpost. Voor meer info: www.volgjezorg.nl

[4] Ik geef toestemming voor het delen van mijn medische gegevens via LSP: JA / NEE

[5] Ik geef toestemming voor het open zetten van MijnGezondheids.net (MGN) JA / NEE

Met de ondertekening van dit inschrijfformulier verklaar ik dat bovenstaande gegevens en vragen, inclusief mijn wel / niet akkoordverklaring van LSP onder punt [4], volledig en naar waarheid zijn ingevuld:

Naam:	Handtekening:	Datum:
Naam ouder 1 (indien <16 jr):	Handtekening ouder 1 (indien <16 jr):	Datum 1 (indien <16 jr):
Naam ouder 2 (indien <16 jr):	Handtekening ouder 2 (indien <16 jr):	Datum 2 (indien <16 jr):