**INSCHRIJFFORMULIER***Welkom bij Huisartsenpraktijk de Turfvaart! Om uw gegevens goed te kunnen verwerken vragen wij u om* ***per gezinslid 1 formulier*** *zo volledig mogelijk in te vullen.* ***Bij inleveren (kopie) geldig ID en verzekeringspas tonen! Voor kinderen tot 16 jaar is toestemming van beide (indien van toepassing) ouders met gezag noodzakelijk.***

Naam: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . M/V/X
Voorletters: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Geboortedatum: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

E-mailadres: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Adres: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Postcode: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Woonplaats: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Telefoonnummer: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Naam zorgverzekering: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Polis-/relatienummer: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

BSN: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Beroep: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Allergie: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Medicatie: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

 . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Intolerantie geneesmiddel: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Medische bijzonderheden: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Voorkeur apotheek: Apotheek Kroeven-Langdonk / overig nl: . . . . . .

Vorige huisarts (naam en plaats): . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Hierbij verklaar ik (en/of mijn ouder(s)/voogd/voogden) dat ik bij bovenstaande arts ben ingeschreven. Ik geef mijn nieuwe huisarts **WEL/GEEN**\* toestemming om mijn medisch dossier op te vragen bij mijn vorige huisarts.

Indien kind jonger dan 16 jaar: wordt het gezag over het kind gedeeld met een andere ouder? **JA/NEE/NVT\***

Ik (en/of ouder(s)/voogd) geef mijn nieuwe huisarts **WEL/GEEN**\* toestemming mijn patiëntendossier aan te melden bij het Landelijk Schakelpunt zodat dit dossier o.a. op de huisartsenpost ingezien kan worden. (vzvz.nl)

Ik wil **WEL/GEEN**\* gebruik maken van MijnGezondheid.net. Dit is uw gratis persoonlijke zorgdossier op internet en biedt u de mogelijkheid gezondheidszaken makkelijk en snel te regelen. Zie huisartsenpraktijkdeturfvaart.nl/ *\*doorhalen wat niet van toepassing is*

……………………………… ……………………………………… …………………………………… ……………………………….…
**Plaats** **Naam** **Naam/ouder voogd 1\***  **Naam ouder/voogd 2\***
 *(volwassene/kind vanaf 12 jr)* *(bij inschrijving kind tot 16 jr) (indien van toepassing)*

……………………………… ……………………………………… …………………………………… ……………………………….…
**Handtekening** **Handtekening** **Handtekening** **Handtekening**