

## Inschrijfformulier Huisartsencentrum “de zwaai”

**Let op: de bij ons centrum aangesloten huisartsen hebben niet altijd ruimte om nieuwe patiënten aan te nemen. De assistente kan voor u nakijken wat er mogelijk is. U moet daarom contact opnemen met de praktijk van uw keuze vóóordat u dit formulier invult.**

- Dhr. G. van de Haar                      0318 552 244  
 Dhr. D.G. Bos & dhr. E.G.H. Peypers    0318 515 039  
 Dhr. G. van Wijk                            0318 512 825

---

Ja, ik heb telefonisch contact gehad met de hierboven aangevinkte praktijk en het is akkoord dat ik mij inschrijf.

---

Datum inschrijving: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Voornaam/-namen: \_\_\_\_\_

Achternaam: \_\_\_\_\_

Straat en nummer: \_\_\_\_\_

Postcode en plaats: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer: \_\_\_\_\_ Mobiel nr.: \_\_\_\_\_

E-mail adres: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_ Geslacht:     man  vrouw  neutraal

Burgerlijke staat: \_\_\_\_\_

BSN nummer: \_\_\_\_\_

Zorgverzekering: \_\_\_\_\_ Polisnr.: \_\_\_\_\_

Apotheek: \_\_\_\_\_

Handtekening: \_\_\_\_\_  
(verplicht vanaf 12 jaar)



Relevante medische gegevens (bv. hart- en vaatziekten, diabetes, astma/COPD, reuma, etc.):

---

---

**Gegevens vorige huisarts:**

Naam: \_\_\_\_\_

Straat en nummer: \_\_\_\_\_

Postcode en plaats: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer: \_\_\_\_\_ Faxnummer: \_\_\_\_\_

**Toestemming delen medische gegevens:**

Zonder uw toestemming mogen wij uw medische gegevens *niet* delen met andere zorgverleners. Uw toestemming is *zelfs* nodig om medewerkers van de huisartsenpost toegang te geven tot uw medisch dossier. Meer hierover kunt u lezen op de website: [www.volgjezorg.nl/toestemming](http://www.volgjezorg.nl/toestemming). Lijkt het u een prettig idee dat, naast uw eigen huisarts, ook andere zorgverleners uw medische gegevens kunnen inzien? Wij kunnen dit voor u regelen. Mits u ons toestemming geeft én uw handtekening zet.

Ja, ik geef toestemming om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners via het daarvoor bestemde systeem, LSP.

Nee, ik geef geen toestemming voor het delen van mijn medische gegevens.

Handtekening : \_\_\_\_\_ Handtekening ouder: \_\_\_\_\_  
(verplicht vanaf 12 jaar) (verplicht tot 16 jaar)

---

**Dit formulier en de benodigde bijlagen\* s.v.p. inleveren bij of opsturen naar:**

**Huisartsencentrum "de zwaai"**

**Synagogestraat 6**

**3901 TS Veenendaal**

---

**\*Om uw inschrijving compleet te maken, dient u de volgende documenten aan te leveren:**

- 1. Een kopie van een geldig legitimatiebewijs (paspoort/ID);**
- 2. Een kopie van een geldige verzekeringspas;**
- 3. Een ingevuld formulier (en gevraagde bijlagen) voor gezinsleden/huisgenoten die samen met u ingeschreven worden.**