Huisartsenpraktijk Noord, Krimpen aan den IJssel | Heins, Grotenhuis & Den Butter
Groenendaal 1 (Gezondheidscentrum Krimpen)
2922 CJ Krimpen a/d IJssel
T: 0180-512230
E: huisartsennoord@gckrimpen.nl
www.huisartsenpraktijkkrimpen.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 de ouder/voogd als het kind te ondertekenen;
  - Voor gezinsleden < 12 jr volstaat invullen en ondertekening door ouder/voogd;
- **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: Man / Vrouw
Burg.staat: Gehuwd O Samenwonend O Alleenstaand O Gescheiden O Weduwe(naar) O
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 (indien 12 tot 16 jr):	*Handtekening (indien 12-16 jr):*	*Datum (indien 12-16 jr):*

Onderstaande door de huisartsenpraktijk in te vullen

O BSN O ION O LSP O Med. Gegevens binnen via Zorgmail O MGN
O COV O WID O NONI O Inschrijfformulier ingescand