

## Inschrijfformulier

Vul het onderstaande formulier in om patiënt te worden bij Huisartsenpraktijk Sarana. Vul per persoon één formulier in. Tevens verzoeken wij u om uw vorige huisarts op de hoogte te stellen van de nieuwe inschrijving. Dit zal namelijk het proces van inschrijven bespoedigen.

Om uw medische gegevens bij uw vorige huisarts op te vragen hebben wij onderstaande gegevens nodig, voorzien van uw handtekening. Hiermee geeft u toestemming. Zonder uw toestemming/handtekening mogen en kunnen wij geen gegevens opvragen. Lever het compleet ingevulde formulier in.

### Personalia

Voorletters/voornaam: .....  
Achternaam (inclusief tussenvoegsel): .....  
Geboortedatum/-plaats: .....  
Geslacht: .....  
Burgerlijke staat .....  
BSN nummer (verplicht): .....  
Legitimatie + legitimatienummer: .....  
Zorgverzekeraar + verzekeringsnummer: .....

### Contact gegevens

Adres: .....  
E-mailadres: .....  
Telefoonnummer(s): .....

Uw vorige huisarts + plaatsnaam: .....

Apotheek: Edesche apotheek/Apotheek Veldhuizen/ Apotheek Kernhem/ Apotheek Acacia/  
Apotheek Weideman/ Apotheek Rietkampen/ Overige, namelijk: .....

### Graag kopie van Identiteitsbewijs en verzekeringspas toevoegen.

Wilt u uw dossier openzetten voor andere zorgverleners op het landelijk schakelpunt?

Zie pagina LSP ([www.volqjezorg.nl](http://www.volqjezorg.nl))

Ja, ik geef WEL toestemming aan de huisarts om mijn gegevens beschikbaar te stellen via het LSP.

Nee, ik geef GEEN toestemming.

Door te ondertekenen mag de huisarts:

- mijn medisch dossier opvragen bij mijn vorige huisarts;
- mij inschrijven voor gebruik van mijn patiënten portaal Mijngesondheid.net (is gratis en persoonlijk, inloggen met DigiD en SMS-code).

Datum: .....

Handtekening.....

### Extra gezinsleden inschrijven?

Naam en voorletters:
Geboortedatum:
Geslacht:
Telefoonnummer(s):
Emailadres:
Zorgverzekering:
Verzekeringsnummer:
BSN-nummer:
Naam vorige huisarts + plaatsnaam:
Handtekening:

Naam en voorletters:
Geboortedatum:
Geslacht:
Telefoonnummer(s):
Emailadres:
Zorgverzekering:
Verzekeringsnummer:
BSN-nummer:
Naam vorige huisarts + plaatsnaam:
Handtekening:

Naam en voorletters:
Geboortedatum:
Geslacht:
Telefoonnummer(s):
Emailadres:
Zorgverzekering:
Verzekeringsnummer:
BSN-nummer:
Naam vorige huisarts + plaatsnaam:
Handtekening:

Naam en voorletters:
Geboortedatum:
Geslacht:
Telefoonnummer(s):
Emailadres:
Zorgverzekering:
Verzekeringsnummer:
BSN-nummer:
Naam vorige huisarts + plaatsnaam:
Handtekening: