

INSCHRIJFFORMULIER

U wenst zich in te schrijven als patiënt. Wij willen u verzoeken onderstaande goed door te nemen en in te vullen. U dient zich te legitimeren d.m.v. identiteitskaart, paspoort of rijbewijs ter verificatie van uw persoonsgegevens.

MIJN GEGEVENS:

ACHTERNAAM:	VOORLETTERS:
ROEPNAAM:	M / V
GEBOORTEDATUM:	
ADRES:	POSTCODE:
WOONPLAATS:	
E-MAIL:	
TELEFOONNR.:	MOBIEL NR.:
BSN:	
VERZEKERING:	VERZEKERINGNR.:
APOTHEEK: BENU APOTHEEK	ANDERS:

WETTELIJKE VERTEGENWOORDIGER indien van toepassing:

ACHTERNAAM:	VOORLETTERS:
GEBOORTEDATUM:	M/V

INVULLEN DOOR ASSISTENT S.V.P.:

ZORGDOSIER:	JA/ NEE	
UITGESCHREVEN VORIGE HA:	JA/ NEE	
GEGEVENS OPGEVRAAGD:	JA/ NEE	
LEGITIMATIE NR.: ID	PASPOORT	RIJBEWIJS

Ik heb de privacyverklaring met versie datum-.....-..... ontvangen, gelezen en ik begrijp welke persoonsgegevens worden verwerkt met welke doeleinden en wettelijke grondslagen. Ik heb het toestemmingsformulier voor het delen van mijn medische gegevens via het LSP ontvangen en ingevuld.

TOESTEMMINGSVERKLARING

Middels deze verklaring geef ik M. van de Pas, huisarts toestemming voor:

Omschrijving	Doel	Stemt in	Aanvullingen Opmerkingen
Opvragen persoonsgegevens bij vorige huisarts en het registreren hiervan.	<ul style="list-style-type: none"> • Zorgverlening 	Ja Nee N.V.T.	
Opvragen persoonsgegevens bij vorige apotheek en het registreren hiervan.	<ul style="list-style-type: none"> • Zorgverlening 	Ja Nee N.V.T	
Registreren, verwerken en bewaren van bovenstaande persoonsgegevens en medische gegevens.	<ul style="list-style-type: none"> • Zorgverlening • Identificatie • Communicatie • Betalingen • Declaraties zorgverzekeringen • Verbeteren dienstverlening • Onderzoek 	Ja Nee	
Uitwisselen persoonsgegevens met een ziekenhuis.	<ul style="list-style-type: none"> • Zorgverlening 	Ja Nee	
Opvragen persoonsgegevens bij andere zorgverleners.	<ul style="list-style-type: none"> • Zorgverlening 	Ja Ja Onder voorbehoud Nee Nee tenzij	
Beschikbaar stellen van persoonsgegevens aan andere zorgverleners.	<ul style="list-style-type: none"> • Zorgverlening 	Ja Ja Onder voorbehoud Nee Nee tenzij	

INDIEN VAN TOEPASSING:

NAAM VORIGE HUISARTS: TELEFOONNR.:

ADRES:

WOONPLAATS:

NAAM VORIGE APOTHEEK: TELEFOONNR.:

ADRES:

WOONPLAATS:

Ik begrijp de informatie in deze verklaring. Ik heb uitleg gekregen over de risico's indien ik geen toestemming heb gegeven voor een verwerking en begrijp de consequenties hiervan.

DATUM:

HANDTEKENING: