**Inschrijfformulier Gezondheidscentrum Zevenkamp**

**LET OP**: wij zijn wettelijk verplicht om bij registratie van uw BSN-nummer uw identiteit te controleren. **Breng daarom bij inschrijving uw identiteitsbewijs en verzekeringspasje mee!**

Naam:…………………………………………………………………………………………………………………….. M/V

Voorletters:…………………………………………Roepnaam:………………………………………………..

Geboortedatum:……………………………………………………………………………………………………..

Adres:……………………………………………………………………………………………………………………..

Postcode:……………………………………………Plaats:………………………………………………………..

Telefoonnummer:……………………………….Mobiel nummer:06-………………………………….

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

Zorgverzekeraar:………………………………………… UZOVI nummer:……………………………..

Polisnummer:…………………………………………………………………………………………………………..

BSN-nummer:………………………………………………………………………………………………………...

Paspoort/Rijbewijs/ID-kaart/verblijfsvergunning. Document-nr:………………...........

**Nieuwe huisarts**

Mw. L.S.N Crone / Dhr. R. de Bruin / Mw. M.J. van Druenen / Mw. W.J.Y Verkerk /

Dhr. B.C de Vos / Mw. R.de Haas-Bax

**Vorige huisarts**

 **Ja,** Ik geef hierbij toestemming aan mijn vorige huisarts dokter …………………………
om mijn medisch dossier elektronisch over te dragen aan mijn nieuwe huisarts in Gezondheidscentrum Zevenkamp.

**Datum:………………………… Handtekening patiënt:……………………………………………………**
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

In te vullen door assistente:

* Controle identiteitsbewijs
* Controle BSN-nummer Datum……………………….
* Controle verzekeringsgegevens Paraaf……………………….

Geachte nieuwe patiënt,

Tevens ontvangen wij graag uw toestemming m.b.t het elektronisch delen van uw medische gegevens. Alleen uw eigen zorgverleners (huisarts, apotheek) kunnen uw medische gegevens inzien. Onbekende zorgverleners hebben daar geen toegang toe. In veel situaties kan dat wel in uw voordeel zijn. U kunt bijvoorbeeld door een ziekte of ongeval onverwacht terechtkomen bij onbekende arts, andere apotheek of bij de huisartsenpost. Het zou dan goed zijn als deze zorgverleners, net als uw eigen huisarts of apotheek, snel en gemakkelijk uw belangrijkste medische gegevens kunnen inzien. Met deze informatie krijgt u namelijk direct de juiste zorg.

Om dat mogelijk te maken willen zorgaanbieders (zoals huisartsen, apotheken en ziekenhuizen) graag medische gegevens elektronische met elkaar kunnen delen. Een beveiligd netwerk (LSP) zorgt dan voor snelle en juiste uitwisseling van de informatie. Dat kunnen zij alleen doen als u daarvoor toestemming geeft.

Bij vragen kunt u contact opnemen met uw huisarts. Ook kunt u meer informatie vinden op [www.vzvz.nl/informatiepunt](http://www.vzvz.nl/informatiepunt) of op onze website [www.gczevenkamp.nl](http://www.gczevenkamp.nl)

Uw huisarts stelt uw medische gegevens alleen elektronisch beschikbaar aan andere zorgverleners als u hem/haar daarvoor toestemming geeft. Middels onderstaande verklaring kunt u die verlenen.

 Ja Nee
Ik geef toestemming aan de huisartsen Ik geef geen toestemming aan de huisartsen
van gezondheidscentrum Zevenkamp van gezondheidscentrum Zevenkamp om om mijn medische gegevens beschikbaar om mijn medische gegevens beschikbaar
te stellen zoals hierboven beschreven. te stellen zoals hierboven beschreven.

**Datum:………………………… Handtekening patiënt:……………………………………………………**

**Wilt u met dit formulier uw kind inschrijven?**

\* Voor kinderen tot 12 jaar geeft de ouder/voogd toestemming. Hiervoor kunt u dit formulier gebruiken.
\* Voor kinderen van 12 tot 16 jaar die toestemming willen geven, moet zowel de ouder/voogd als het kind zijn handtekening zetten.

\* Kinderen vanaf 16 jaar geven zelf toestemming.

**Gegevens van mijn kind.**

Vul hieronder de gegeven in het van kind of de kinderen voor wie u toestemming wilt regelen. Kinderen van 12 tot 16 jaar tekenen zelf voor wel of geen toestemming. Vergeet niet hieronder ook uw eigen handtekening te zetten.

**Datum:………………………… Handtekening kind:……………………………………………………**

\*(Indien nodig)

**Datum:………………………… Handtekening ouder/voogd:…………………………………………..**