**Inschrijfformulier Huisartsenmaatschap Trynwâlden**

**Frisiastate 1**

**9062 GX Oentsjerk**

**Fax: 058-2562021**

[**www.huisartsenmaatschaptrynwalden.nl**](http://www.huisartsenmaatschaptrynwalden.nl)

|  |  |
| --- | --- |
| Datum: |  |
| Dossier: |  |
| Verwerkt: |  |
| ION: |  |
| HA/Apot. Fax |  |

**Graag per gezinslid 1 formulier invullen.**

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

Voorletters: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ M / V

Geboortedatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Adres: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Postcode + woonplaats: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ik woon samen met: Naam:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Geb. datum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ n.v.t

Mobiel nummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Thuis nummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail adres:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Verzekeringsmaatschappij: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Verz. Nummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vorige huisarts: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fax nummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Woonplaats vorige huisarts: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vorige apotheek: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fax nummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

LSP toestemming: Ja / nee (Voor uitleg z.o.z.)

Inschrijven per: \_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_-\_20\_\_\_\_\_\_

Voorkeur huisarts: T. Hoekstra of J. de Boer?  
  
*\* de praktijk van de heer J.W. Wijnstra is vol*

**Hierbij geef ik toestemming voor het opvragen van mijn medische gegevens bij de vorige huisarts en apotheek. (HIS: Mira)**

Datum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Handtekening \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
  
Handtekening kinderen tussen 12 en 16 jaar\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(Bij kinderen tussen 12 en 16 jaar is er toestemming nodig van zowel kind als van 1 ouder of wettelijke vertegenwoordiger)

***Graag ongeveer 2 weken na inschrijven een afspraak maken bij de assistente voor een kennismakingsgesprek***

****

**Elektronisch medische gegevens delen (LSP)**

Zo werkt het:  
Uw huisarts houdt een dossier over u bij. Hierin staat informatie die belangrijk is voor uw behandeling. Uw huisarts legt vast wat uw klachten zijn en welke behandelingen u krijgt en registreert welke medicijnen u krijgt en voor welke medicijnen u allergisch bent. Deze gegevens kunnen worden uitgewisseld met het LSP (Landelijk Schakelpunt).

Voor meer informatie kijk op [www.vzvz.nl](http://www.vzvz.nl) of bel het VZVZ informatiepunt  
(ma t/m vrij van 8.30 – 17.00 uur): 070-3173456