**Bewijs van inschrijving**

Naam:………………………………………………………………………………………………………………

Achternaam: ……………………………………………………………………………………………………

Meisjesnaam: ………………………………………………………………………………………………….

Geboortedatum: ………………………………………………………………………………………………

Geslacht: …………………………………………………………………………………………………………

BSN nummer: ……………………………………………………………………………………………………

Zorgverzekeraar en nummer: …………………………………………………………………………

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

Postcode: …………………………………………………………………………………………………………

Woonplaats: ……………………………………………………………………………………………………

Telefoonnummer: ……………………………………………………………………………………………

Email adres: ……………………………………………………………………………………………………

**Overige gezinsleden**

|  |  |
| --- | --- |
| **Naam** |  |
| **Geslacht** |  |
| **Geboortedatum** |  |
| **BSN Nummer** |  |
| **Zorgverzekeraar** |  |
| **Polisnummer**  |  |
| **Email adres** |  |
| **Mobiel nummer** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Naam** |  |
| **Geslacht** |  |
| **Geboortedatum** |  |
| **BSN Nummer** |  |
| **Zorgverzekeraar** |  |
| **Polisnummer**  |  |
| **Email adres** |  |
| **Mobiel nummer** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Naam** |  |
| **Geslacht** |  |
| **Geboortedatum** |  |
| **BSN Nummer** |  |
| **Zorgverzekeraar** |  |
| **Polisnummer**  |  |
| **Email adres** |  |
| **Mobiel nummer** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Naam** |  |
| **Geslacht** |  |
| **Geboortedatum** |  |
| **BSN Nummer** |  |
| **Zorgverzekeraar** |  |
| **Polisnummer**  |  |
| **Email adres** |  |
| **Mobiel nummer** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Naam** |  |
| **Geslacht** |  |
| **Geboortedatum** |  |
| **BSN Nummer** |  |
| **Zorgverzekeraar** |  |
| **Polisnummer**  |  |
| **Email adres** |  |
| **Mobiel nummer** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Naam** |  |
| **Geslacht** |  |
| **Geboortedatum** |  |
| **BSN Nummer** |  |
| **Zorgverzekeraar** |  |
| **Polisnummer**  |  |
| **Email adres** |  |
| **Mobiel nummer** |  |

**Gegevens vorige (apotheekhoudende) huisarts:**

|  |  |
| --- | --- |
| Huisarts |  |
| Straat |  |
| Postcode + plaats |  |
| Telefoonnummer |  |
| Faxnummer |  |

**Gegevens vorige apotheek: (alleen invullen wanneer u een aparte apotheek had)**

|  |  |
| --- | --- |
| Huisarts |  |
| Straat |  |
| Postcode + plaats |  |
| Telefoonnummer |  |
| Faxnummer |  |

Wanneer u voorheen een (aparte) openbare apotheek had, wilt u er dan zorg voor dragen dat u uw medicatiedossier zelf ophaalt bij de apotheek en dit afgeeft bij ons?

**Elektronische medische gegevens Ja of Nee?**

Uw apotheekhoudend huisarts houdt een eigen dossier over u bij. Hierin staat informatie die belangrijk is voor uw behandeling. Als huisarts legt hij/zij vast wat uw klachten zijn en welke behandelingen (lees medicamenten) u hiervoor krijgt. Uw apotheek registreert welke medicijnen u krijgt en voor welke medicijnen u allergisch bent. Deze gegevens kunnen worden uitgewisseld met het LSP (Landelijk SchakelPunt). Een andere zorgverlener, zoals de dokterswacht, apotheken of ziekenhuizen, kan dan uw gegevens opvragen als dat nodig is voor uw behandeling. Het LSP zoekt aan de hand van uw Burgerservicenummer welke zorgverleners gegevens over u beschikbaar hebben gesteld. Als er gegevens beschikbaar zijn, kan de zorgverlener deze opvragen en inzien. In het netwerk staat alleen uw BSN vermeld en welke huisarts en apotheek gegevens over u beschikbaar hebben.

Lees meer op www.ikgeeftoestemming.nl

|  |  |
| --- | --- |
| **Naam** | **Wel/Niet toestemming** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Voor kinderen tot 12 jaar geeft de ouder/voogd toestemming.

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.

**Naam: Naam: Naam:**

**Handtekening Handtekening Handtekening**

**Naam: Naam: Naam:**

**Handtekening Handtekening Handtekening**