**Inschrijfformulier Huisartsenpraktijk de Drieweg**

**Instructies:**

1. Vul dit formulier volledig en duidelijk in.
2. Voeg een kopie van uw legitimatiebewijs en zorgpas toe.
3. Lever het formulier persoonlijk in bij onze praktijk.

**Let op:** Informeer uw huidige huisarts schriftelijk over uw overstap naar onze praktijk. Zonder deze melding kunnen wij u niet inschrijven.

**Hoofdbewoner**

Achternaam: .............................................................

Voornaam: .............................................................

Voorletters: .........................................................

Geboren als (aankruisen): ☐ Man ☐ Vrouw

Geboortedatum: ...................................................

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

Adres: .................................................................

Postcode + Woonplaats: ......................................

Vaste telefoonnummer: ....................................

Mobiel telefoonnummer: ...................................

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

Verzekeringsmaatschappij: ..................................

Verzekeringsnummer: ..........................................

Vorige huisarts: ...................................................

**Partner (indien van toepassing)**

* Achternaam: .............................................................
* Voornaam: .............................................................
* Voorletters: .........................................................
* Geboren als (aankruisen): ☐ Man ☐ Vrouw
* Geboortedatum: ...................................................
* BSN-nummer: ......................................................
* Adres: .................................................................
* Postcode + Woonplaats: ......................................
* Vaste telefoonnummer: ....................................
* Mobiel telefoonnummer: ...................................
* E-mailadres: ..........................................................
* Verzekeringsmaatschappij: ..................................
* Verzekeringsnummer: ..........................................
* Vorige huisarts: ...................................................

**Kinderen**

**Voor elk kind kunt u de onderstaande velden invullen:**

1. **Naam:** .............................................................

Roepnaam:..................................................................................................

Geboortedatum: ...................................... Geboren als (aankruisen): ☐ M ☐ V

Verzekering: .............................................................

Verzekeringsnummer: .............................................................

BSN: .............................................................

1. **Naam:** .............................................................

Roepnaam:..................................................................................................

Geboortedatum: ...................................... Geboren als (aankruisen): ☐ M ☐ V

Verzekering: .............................................................

Verzekeringsnummer: .............................................................

BSN: .............................................................

1. **Naam:** .............................................................

Roepnaam:..................................................................................................

Geboortedatum: ...................................... Geboren als (aankruisen): ☐ M ☐ V

Verzekering: .............................................................

Verzekeringsnummer: .............................................................

BSN: .............................................................

1. **Naam:** .............................................................

Roepnaam:..................................................................................................

Geboortedatum: ...................................... Geboren als (aankruisen): ☐ M ☐ V

Verzekering: .............................................................

Verzekeringsnummer: .............................................................

BSN: .............................................................

**Uitwisseling van medische gegevens via het Landelijk Schakelpunt (LSP)**

Regionale hulpverleners kunnen met uw toestemming uw belangrijkste medische gegevens inzien. Dit is bijvoorbeeld handig voor artsen op de huisartsenpost of specialisten in het ziekenhuis. Denk aan informatie over medicatie en allergieën. Deze gegevens worden alleen gedeeld als u hier expliciet toestemming voor geeft.

**Ik geef toestemming voor de uitwisseling van mijn medische gegevens via het LSP:**

* ☐ Ja
* ☐ Nee

**Handtekening:** ...............................................................

**Toestemming medische gegevens vorige huisarts**

Ik geef toestemming om mijn medische dossier op te vragen bij mijn vorige huisarts en, indien van toepassing, samen te voegen.

**Datum**: ........................................... **Handtekening**: ...........................................

**Aanvullende informatie voor alleenstaande ouders**

Bent u alleenstaande ouder en schrijft u zich in met kinderen? Voeg een toestemmingsverklaring van de andere ouder toe. Zonder deze verklaring kunnen wij de inschrijving niet voltooien.

**Medicijnautomaat gebruik**

Wij bieden de mogelijkheid om uw herhaalmedicatie af te halen via onze medicijnenautomaat. Dit systeem werkt met een unieke afhaalcode, die u via e-mail of SMS ontvangt. Hiermee kunt u uw medicatie ophalen op een tijdstip dat voor u uitkomt. NB. Kan alleen voor herhaal medicatie gebruikt worden!

**Wilt u gebruikmaken van de medicijnenautomaat voor herhaal medicatie?**

* **☐ Ja,** Ik haal mijn **HERHAALmedicijnen** af via het medicijnenautomaat op Locatie **Heinkenszand/’s Heer Arendskerke** (doorhalen wat niet van toepassing is)

**Als er medicatie betaald moet worden wil ik:**

* Deze met een QR-code, via de medicijnenautomaat te voldoen.
* Dit afhalen bij de apotheekbalie, om dit via de pinautomaat te voldoen.
* **☐ Nee,** Ik haal mijn **HERHAALmedicijnen** af via de apotheekbalie op Locatie **Heinkenszand/’s Heer Arendskerke** (doorhalen wat niet van toepassing is)

**Checklist bij inlevering**

☐ Formulier volledig ingevuld

☐ Kopie legitimatiebewijs toegevoegd

☐ Kopie zorgpas toegevoegd

☐ Huidige huisarts geïnformeerd

☐ toestemmingsverklaring ander ouder

**Patiëntenportaal**

Middels het patiëntenportaal genaamd UwZorgOnline kunt u gemakkelijk contact zoeken met uw huisarts in een beveiligde digitale omgeving. U kunt zich hiervoor aanmelden via onze website of door de app UwZorgOnline te downloaden.

Dank u voor uw medewerking. Wij heten u van harte welkom in onze praktijk!