



U kunt zich inschrijven via dit formulier. Neem deze ingevuld, geprint en getekend mee naar de praktijk. Vergeet uw zorgverzekeringpas en ID kaart niet mee te nemen! Aan de balie kunt u uw inschrijving voltooien. Bent u slecht ter been en lukt het u niet om naar de praktijk toe te komen voor uw inschrijving? Belt u ons gerust even op. Onze vertrouwenspersoon komt graag bij u langs om dit samen met u in orde te maken.

## Praktijk waar u zich wilt inschrijven

- Amsterdam-Osdorp  Badhoevedorp

## Persoonsgegevens

Achternaam

Partnersnaam

Voorletters

Roepnaam

Geboortedatum

Geboorteplaats

Geslacht

- Man  Vrouw  Gender neutraal

Burgerlijke staat

Telefoonnummer

Mobiel

Burgerservicenummer

E-mailadres

## Adresgegevens

Adres

Postcode

Woonplaats

## Verzekeringsgegevens

Naam zorgverzekeraar

---

Verzekeringsnummer

---

Verzekering begindatum

---

## Vorige huisarts

Naam

---

Adres

---

Postcode

---

Woonplaats

---

Telefoonnummer

---

Email

---

## Hoe heeft u ons gevonden?

- krant
- via relaties, kennissen
- social media
- folder
- via andere praktijk
- op andere wijze.

Datum

---

Handtekening

---



**huisartsen schiphol e.o.**

## Uitschrijfformulier

Huisartsen Schiphol e.o.  
Sloterweg 303  
1171 VC Badhoevedorp  
Tel.: 020 705 45 00  
Fax: 020 225 00 30

Geachte heer/mevrouw,

Hierbij schrijf ik ik mij per heden in bij huisartsen Schiphol e.o. en wil ik me bij u uitschrijven.  
Tevens machtig ik de bovengenoemde praktijk om mijn medisch dossier op te vragen.

### Mijn gegevens

Voor- en achternaam

Geboortedatum

Burgerservicenummer

Geslacht

Telefoonnummer

Adres

Postcode

Woonplaats

### Gegevens vorige huisarts

Naam

Adres

Postcode

Woonplaats

Telefoonnummer

Datum inschrijving huisartsen Schiphol e.o.

Handtekening

# Toestemmingsformulier

Beschikbaar stellen van je medische gegevens via het LSP



volg je zorg

## JA

Ik geef **wel** toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens beschikbaar te stellen via het LSP. Ik heb alle informatie gelezen in de folder 'Jouw medische gegevens beschikbaar via het Landelijk Schakelpunt (LSP)'.

## NEE

Ik geef **geen** toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens beschikbaar te stellen via het LSP. Ik heb alle informatie gelezen in de folder 'Jouw medische gegevens beschikbaar via het Landelijk Schakelpunt (LSP)'.

## Gegevens huisarts of apotheek

Voor welke zorgverlener regel je toestemming?

mijn huisarts

mijn apotheek

Naam: .....

Adres: .....

Postcode en plaats: .....

Wil je nog een zorgverlener toestemming geven? Vraag dan een extra toestemmingsformulier.

## Mijn gegevens

Achternaam: ..... Voorletters: ..... M V

Adres: .....

Postcode en plaats: .....

Geboortedatum: .....

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

.....

Vergeet niet je handtekening te zetten.

Z.O.Z.

# Wil je toestemming regelen voor je kinderen?

- Voor kinderen tot 12 jaar: je geeft als ouder of voogd toestemming.
- Voor kinderen van 12 tot 16 jaar die toestemming willen geven: zowel jij als ouder of voogd én het kind zetten allebei een handtekening.
- Kinderen vanaf 16 jaar geven zelf toestemming en vullen een eigen formulier in.

## Gegevens van mijn kinderen

Vul hieronder de gegevens in van de kinderen voor wie je toestemming wilt regelen. Vergeet niet hieronder ook je eigen handtekening te zetten.

Voor- en achternaam: ..... M V  
Geboortedatum: .....  
**JA** **NEE** Handtekening kind: .....

Voor- en achternaam: ..... M V  
Geboortedatum: .....  
**JA** **NEE** Handtekening kind: .....

Heb je meer dan twee kinderen? [Vraag dan een extra toestemmingsformulier.](#)

Handtekening ouder of voogd: Datum:  
.....

Lever dit formulier in bij de huisarts of apotheek bij wie je toestemming regelt.