*Huisartsenpraktijk Overman*

*Prins Frederiklaan 3*

*2263 GZ Leidschendam*

*Telefoon 070-3273039*

*Fax 070-3204962*

Inschrijfformulier

Door dit inschrijfformulier in te vullen en te ondertekenen, geeft u aan dat u bij onze praktijk bent ingeschreven. Vul per persoon één formulier in en zet onderaan uw handtekening. Inschrijfformulieren voor kinderen tot 18 jaar moeten worden ondertekend door een ouder of voogd.

Lever het compleet ingevulde formulier in samen met een kopie van uw ID-bewijs en verzekeringspasje (paspoort, rijbewijs of ID-kaart, dit ivm de identificatieplicht).

De identificatieplicht in de zorg houdt in dat u zich moet kunnen identificeren met een geldig identiteitsbewijs als u medische zorg ontvangt. Dit geldt voor **iedereen**, dus ook voor minderjarigen jonger dan 14 jaar. U dient zelf de inschrijving bij de vorige huisarts te melden.

Achternaam……………………………. Meisjesnaam (indien gehuwd) ………………………

Voorletters ……………………………. Voornaam…………………………………… M/V

Geboortedatum………………………… Geboorteplaats ……………………………………….

Adres…………………………………………………………………………… Huisnr …………..

Postcode……………………………….. Woonplaats …………………………………………..

Telefoon vast…………………………... Telefoon mobiel …………………………………..….

Zorgverzekering……………………….. Polisnummer …………………………………………

BSN nummer…………………………...

🗌 Gehuwd 🗌 Gescheiden 🗌 Weduwstaat 🗌 Alleenwonend 🗌 Samenwonend

Emailadres …………………………………………………………………………………………

Apotheek ……………………………………………………………………………………………

Vorige huisarts ………………………..... Plaats …………………………………………………

Telefoonnummer ……………………….. Faxnummer …………………………………………

🗌 Ja, ik geef **WEL** toestemming aan de huisarts 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 de huisarts 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)” .

Datum………………………………….. Handtekening ………………………………………...