

INSCHRIJFFORMULIER Huisartsenpraktijk Vermeulen
INSCHRIJVING KIND ONDER DE 12 JAAR



Huisartsenpraktijk Vermeulen

Dodewaardlaan 9

4006 EA Tiel

Tel. 0344-655404

website: www.ecttiel.nl

Achternaam : _____

Roepnaam: _____ Voorletters: _____

Geboortedatum: _____

Burgerservicenummer (BSN): _____

Geslacht: man / vrouw / anders, _____

Straat en huisnummer: _____

Postcode: _____ Plaats: _____

Telefoonnummer: _____

Dit tel.nr is van: kind zelf / vader / moeder/ anders: _____

(doorstrepen wat niet van toepassing is)

E-mailadres: _____

Dit e-mailadres is van: kind zelf / vader / moeder/ anders: _____

(doorstrepen wat niet van toepassing is)

Vorige huisarts, praktijknaam: _____

Plaats van vestiging vorige huisarts: _____

Is er sprake van een WLZ indicatie? ☐ Nee / ☐ Ja, namelijk _____

Hierbij geef ik toestemming voor de uitwisseling van de medische gegevens met ziekenhuis, apotheek en spoedpost. (z.o.z.) ☐ Ja / ☐ Nee

Hierbij geef ik toestemming om eenmaal per jaar benaderd te worden om deel te nemen aan een patiënttevredenheidsonderzoek. ☐ Ja / ☐ Nee

Hierbij geef ik toestemming voor inschrijving en overdracht van het dossier van de vorige huisarts aan Huisartsenpraktijk Vermeulen.

Naam ouder/verzorger: _____

Datum:

Handtekening:



UITWISSELING MEDISCHE GEGEVENS volg je zorg

Het is belangrijk dat het ziekenhuis, de apotheek en de spoedpost inzage hebben in uw medische gegevens als u hun zorg nodig heeft. Vandaar dat wij u hiervoor toestemming vragen op de eerste pagina van dit inschrijfformulier. Voor meer informatie kunt u terecht op <https://www.volgjezorg.nl/toestemming>