



Datum ontvangst _____ door: _____
Aanmeldingen
 Apotheek verstuurd _____ door: _____
 JGZ (bij kinderen onder 4 jaar): _____ door: _____
 ION _____ door: _____
 Naam huisarts _____

Graag per persoon van 16 jaar en ouder een apart formulier invullen¹.

In de bijlage van dit inschrijfformulier kunt u de namen van de meeverhuizende kinderen tot en met 15 jaar noteren.

Datum aanmelding: _____

Naam gezondheidscentrum en/of apotheek²: _____

Voorletters _____ Achternaam _____ m / v

Adres: _____

Postcode: _____ Plaats: _____

Telefoonnummer thuis: _____ Mobiel: _____

Geboortedatum: _____ Burgerservicenummer (BSN) _____

Zorgverzekeraar: _____ Relatie(klant)nummer: _____

Vorig woonadres: _____

Postcode en woonplaats: _____

E-mailadres: _____

Toestemming gebruik e-mailadres³

Ik geef hierbij toestemming voor het gebruik van mijn e-mailadres voor

- de ontvangst van nieuwsbrieven
- het toezenden van de jaarlijkse vragenlijst in het kader van het jaarlijkse cliënttevredenheidsonderzoek.

Toestemming gebruik mobiele telefoonnummer voor sms-herinneringservice

U mag mijn mobiele telefoonnummer gebruiken om herinneringen aan mijn afspraken bij de huisarts of praktijkondersteuner te sturen.⁴

Vorige huisarts (indien van toepassing)

Naam: _____

Adres: _____

Postcode: _____ Vestigingsplaats _____

¹ Wij verwerken uw gegevens alleen in het kader van de zorgverlening. Uw gegevens worden niet voor andere doeleinden verwerkt.

² Doorhalen wat niet van toepassing is.

³ Als u geen toestemming geeft, dan heeft dat geen gevolg voor uw behandeling. De toestemming kunt u te allen tijde intrekken. Uw e-mailadres/mobiele telefoonnummer wordt door Zorggroep Almere niet voor andere doeleinden gebruikt.

⁴ De sms-herinneringservice zorgt ervoor dat er minder afspraken worden vergeten. Hierdoor kunt u sneller terecht bij uw huisarts of praktijkondersteuner want er blijven minder spreekuren onnodig bezet.

Vorige apotheek (indien van toepassing)

Naam: _____

Adres: _____

Postcode: _____ Vestigingsplaats _____

Ik verklaar hierbij:

- dat mijn medische en apotheekgegevens opgevraagd mogen worden bij mijn vorige huisarts en/of apotheek en dat deze gegevens mogen worden opgenomen in mijn dossier bij mijn nieuwe huisarts en apotheek⁵

JA huisarts NEE huisarts
 JA apotheek NEE apotheek

- dat ik toestemming geef aan de huisartsenpraktijk en/of apotheek² van gezondheidscentrum _____ om mijn gegevens beschikbaar te stellen via het LSP⁶. Ik heb alle informatie gelezen in de folder 'Jouw medische gegevens beschikbaar stellen via het Landelijk Schakelpunt ('LSP')

JA huisarts NEE huisarts
 JA apotheek NEE apotheek

Wij vragen u dit ondertekende formulier af te geven bij de receptie van uw nieuwe gezondheidscentrum. Vergeet niet om dan uw geldige verzekeringsbewijs en uw geldige legitimatiebewijs (rijbewijs, paspoort of identiteitskaart) mee te nemen. Dit hebben we nodig zodat we u kunnen identificeren en om uw inschrijving te kunnen afhandelen. Dit verzoek geldt ook voor de meeverhuizende kinderen tot en met 15 jaar die u in de bijlage van dit formulier heeft vermeld.

Als u niet verzekerd bent, dan dient na ieder consult contant of per pin te worden afgerekend. Let op: in onze apotheken kunt u alleen betalen met pin.

Handtekening(en) _____

Datum: _____

⁵ Het is belangrijk dat de huisarts/apotheek uw actuele gegevens kan inzien. Zo krijgt deze een goed beeld van uw medische status en krijgt u de juiste zorg.

⁶ Het is belangrijk dat de huisarts/apotheek uw actuele gegevens kan inzien. Zo krijgt deze een goed beeld van uw medische status en krijgt u de juiste zorg. **Dat kan alleen als u er toestemming voor geeft. Uw toestemming kunt u te allen tijde intrekken.**

Bijlage bij het inschrijfformulier gezondheidscentrum/apotheek

Vul hier de gegevens in van meeverhuizende kinderen (t/m 15 jaar):

Inschrijven op adres: _____

Postcode: _____ Woonplaats: _____

Kind 1

Voorletters: _____ Roepnaam: _____ Achternaam: _____ m / v

Geboortedatum: _____ Burgerservicenummer (BSN): _____

Zorgverzekeraar: _____ Relatie(klantnummer): _____

Kind 2

Voorletters: _____ Roepnaam: _____ Achternaam: _____ m / v

Geboortedatum: _____ Burgerservicenummer (BSN): _____

Zorgverzekeraar: _____ Relatie(klantnummer): _____

Kind 3

Voorletters: _____ Roepnaam: _____ Achternaam: _____ m / v

Geboortedatum: _____ Burgerservicenummer (BSN): _____

Zorgverzekeraar: _____ Relatie(klantnummer): _____

Door ondertekening van deze bijlage verklaart u dat de gegevens van de meeverhuizende kinderen juist en volledig zijn ingevuld.

Ouders/voogd/gezagdragende: _____

Handtekening(en) _____ Datum: _____

Als kinderen jonger dan 4 jaar worden ingeschreven:

Door ondertekening verleent u tevens toestemming dat het jeugdgezondheidsdossier bij het vorige consultatiebureau wordt opgevraagd. JA NEE

Naam vorig consultatiebureau: _____

Indien u van buiten Almere komt graag de gegevens van het vorige consultatiebureau invullen.

Adres: _____

Postcode: _____ Woonplaats: _____

Telefoonnummer: _____