

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 invullen.**

*Op 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 apotheek<sup>1</sup>: \_\_\_\_\_

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-mailadres<sup>2</sup>

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

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.<sup>3</sup>

### Vorige huisarts (indien van toepassing)

Naam: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Postcode: \_\_\_\_\_ Vestigingsplaats \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Doorhalen wat niet van toepassing is.

<sup>2</sup> 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 worden door Zorggroep Almere niet voor andere doeleinden gebruikt.

<sup>3</sup> 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 apotheek<sup>4</sup>

JA huisarts     NEE huisarts  
 JA apotheek     NEE apotheek
- MijnGezondheid.net is een portaal voor patiënten. Handig om te gebruiken! Geeft u de zorgverlener toestemming om u hiervoor aan te melden?
 

JA huisarts     NEE huisarts  
 JA apotheek     NEE apotheek
- dat ik toestemming geef aan de huisartsenpraktijk en/of apotheek<sup>1</sup> van gezondheidscentrum \_\_\_\_\_ om mijn gegevens beschikbaar te stellen via het LSP<sup>5</sup>. Ik heb alle informatie gelezen in de folder 'Jouw medische gegevens beschikbaar stellen via het Landelijk Schakelpunt ('LSP')'
 

JA huisarts     NEE huisarts

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: \_\_\_\_\_

<sup>4</sup> 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.

<sup>5</sup> 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: \_\_\_\_\_