

## Inschrijfformulier (12-16 jaar)

Achternaam : \_\_\_\_\_

Voorletters : \_\_\_\_\_

Roepnaam : \_\_\_\_\_

Geslacht : O man      O vrouw      O anders

Geboorteplaats : \_\_\_\_\_

Geboortedatum : \_\_\_\_\_

BSN : \_\_\_\_\_

Straat : \_\_\_\_\_

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

Woonplaats : \_\_\_\_\_

Telefoonnummer : \_\_\_\_\_

Mobiele nummer : \_\_\_\_\_

E-mailadres : \_\_\_\_\_

Wie heeft het gezag

- beide ouders
- één van de ouders, namelijk \_\_\_\_\_
- anders, namelijk \_\_\_\_\_

Nummer identiteitsbewijs : \_\_\_\_\_

Soort wettelijk identiteitsbewijs : \_\_\_\_\_

Naam contactpersoon bij nood : \_\_\_\_\_

Tel.nr. contactpersoon bij nood : \_\_\_\_\_

Apotheek : \_\_\_\_\_

Naam vorige huisarts : \_\_\_\_\_

Ik geef toestemming om mijn dossier bij mijn vorige huisarts op te vragen:      O ja      O nee

Voor een snelle overdracht van uw dossier is het belangrijk dat u contact opneemt met uw vorige huisarts om door te geven dat u bij ons ingeschreven bent. Uw inschrijving is pas compleet op het moment dat wij het zorgdossier van uw vorige huisarts hebben ontvangen.

Tevens willen wij u vragen om in het ziekenhuis de naam van uw nieuwe huisarts door te geven, zodat de correspondentie bij ons terechtkomt.

Wij verzoeken u om bij het inleveren van het inschrijfformulier ook een geldig legitimatiebewijs te tonen.

**Patiënt:**

Handtekening : \_\_\_\_\_

Datum : \_\_\_\_\_

**Ouder/gezaghouders 1:**

Volledige naam : \_\_\_\_\_

Geboortedatum : \_\_\_\_\_

Handtekening : \_\_\_\_\_

Datum : \_\_\_\_\_

**Ouder/gezaghouders 2:**

Volledige naam : \_\_\_\_\_

Geboortedatum : \_\_\_\_\_

Handtekening : \_\_\_\_\_

Datum : \_\_\_\_\_

## TOESTEMMINGSFORMULIER LSP (12-16 jaar)

### Elektronisch uitwisselen van medische gegevens.

Wij houden medische gegevens van je bij in een geautomatiseerd systeem. Ons systeem is gekoppeld aan voorzieningen / uitwisselingssystemen waarmee andere zorgverleners ook bij je gegevens kunnen. Dat is in het belang van goede zorgverlening aan jou.

Je kunt onverwacht terecht komen bij een onbekende arts, apotheek of huisartsenpost, bijvoorbeeld na een ongeval. Dan is het belangrijk dat die zorgverlener jouw actuele medische gegevens kan inzien. Zo krijgt diegene een goed beeld van jouw medische situatie en krijg je de juiste zorg. Die inzage van medische gegevens verloopt via het Landelijk Schakelpunt (LSP).

Het LSP regelt op een beveiligde manier het verkeer van berichten tussen zorgaanbieders en zorgverleners. Zorgaanbieders kunnen via het LSP medische gegevens bekijken die nodig zijn voor jouw behandeling. Het gaat dan om de belangrijkste gegevens uit jouw dossier bij de huisarts en een overzicht van de medicijnen die je gebruikt.

Je kunt ervan op aan dat je gegevens slechts op te vragen zijn door zorgverleners die met jou een behandelrelatie hebben en voor zover dat voor jouw behandeling nodig is. Hiervoor zijn gezamenlijk de nodige waarborgen gecreëerd. Je kunt hierover nalezen op [volgjezorg.nl](http://volgjezorg.nl).

Vind je dit goed? Mogen wij jouw gegevens opvraagbaar maken?

Ja

Nee

Ik geef toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners.

Ik geef geen toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners.

Mijn gegevens:

Voorletters : \_\_\_\_\_  
Achternaam : \_\_\_\_\_  
Geboortedatum : \_\_\_\_\_  
Adres : \_\_\_\_\_  
Postcode en woonplaats : \_\_\_\_\_  
E-mailadres : \_\_\_\_\_

**Je kunt je keuze ook online kenbaar maken: [www.ikgeeftoestemming.nl](http://www.ikgeeftoestemming.nl)**

**Z.o.z. voor handtekening patiënt en gezaghouder(s).**

**TOESTEMMINGSFORMULIER LSP (12-16 jaar)**  
**Elektronisch uitwisselen van medische gegevens.**

**Patiënt:**

Handtekening : \_\_\_\_\_

Datum : \_\_\_\_\_

**Ouder/gezaghouders 1:**

Volledige naam : \_\_\_\_\_

Geboortedatum : \_\_\_\_\_

Handtekening : \_\_\_\_\_

Datum : \_\_\_\_\_

**Ouder/gezaghouders 2:**

Volledige naam : \_\_\_\_\_

Geboortedatum : \_\_\_\_\_

Handtekening : \_\_\_\_\_

Datum : \_\_\_\_\_