



## Verklaring van inschrijving

huisartsendebeuk@ezorg.nl  
www.huisartsendebeuk.nl  
Julie Postelsingel 70  
5831 DL Boxmeer  
Tel: 0485-521225

Ondergetekende verklaart hierbij dat hij/zij per

**(datum invullen)**

als patiënt staat ingeschreven bij huisartsenpraktijk De Beuk (AGB 1056476) in Boxmeer.

Naam:	
Roepnaam:	
Geboortedatum:	
Geslacht:	
Adres:	
Postcode:	
Woonplaats:	
(Mobiel) telefoonnummer:	
Burger Service Nummer (BSN):	
E-mail adres:	
Naam zorgverzekering:	
Verzekeringsnummer:	
Paspoort/Identiteitskaart nummer:	
Apotheek in Boxmeer:	
Vorige huisarts:	

-Geeft u toestemming om uw medische gegevens elektronisch te delen via het LSP? **Ja / Nee**

U deelt zo nodig uw gegevens met de huisartsenpost, (dienst)apotheek of het ziekenhuis.

Kijk voor meer informatie over het delen van medische gegevens op [www.volgjezorg.nl](http://www.volgjezorg.nl)

-Geeft u toestemming om uw medisch dossier op te vragen bij uw vorige huisarts? **Ja / Nee / NVT**

Vergeet u niet om u ook af te melden bij uw vorige huisarts?

Datum:

**Handtekening(en):**

*NB: De richtlijn voor het geven van toestemming met betrekking tot minderjarige kinderen is als volgt:*

- Bij een kind jonger dan 12 jaar geven beide ouders/voogden toestemming.
- Is een kind 12 maar nog geen 16 jaar geven beide ouders/voogden èn het kind zelf toestemming.
- Vanaf 16 jaar geeft het kind zelf toestemming.



## Verklaring van inschrijving

huisartsendebeuk@ezorg.nl  
www.huisartsendebeuk.nl  
Julie Postelsingel 70  
5831 DL Boxmeer  
Tel: 0485-521225

### Medische informatie

Heeft u allergieën/overgevoeligheden?	
Krijgt u jaarlijks de griepvaccinatie?	
Heeft u een chronische ziekte? Zo ja; Welke chronische ziekte?	
Gebruikt u medicijnen? Zo ja; Welke medicijnen?	
Overige bijzonderheden?	

**Kunt u bij het afgeven van het formulier een geldig paspoort of identiteitsbewijs en uw zorgverzekeringspas meenemen?**