

Bewijs van inschrijving

Naam	
Achternaam	
Meisjesnaam	
Geboortedatum	
Geslacht	
BSN Nummer	
Zorgverzekeraar en polisnummer	
Adres	
Postcode/woonplaats	
Telefoonnummer	
Mobiel nummer	
Email adres	

Overige gezinsleden

Naam	Geslacht	Geboortedatum	BSN nummer	Zorgverzekeraar	Polisnummer Zorgverzekeraar

Gegevens vorige (apothekhoudende) huisarts:

Huisarts	
Straat	
Postcode + plaats	
Telefoonnummer	
Faxnummer	

Gegevens vorige apotheek: (alleen invullen wanneer u een aparte apotheek had)

Apotheek	
Straat	
Postcode + plaats	
Telefoonnummer	
Faxnummer	

Wilt u onze digitale nieuwsbrief ontvangen per mail?

Ja / Nee

Elektronische medische gegevens Ja of Nee?

Uw apotheekhoudend huisarts houdt een eigen dossier over u bij. Hierin staat informatie die belangrijk is voor uw behandeling. Als huisarts legt hij/zij vast wat uw klachten zijn en welke behandelingen u hiervoor krijgt. De apotheek registreert welke medicijnen u krijgt en voor welke medicijnen u allergisch bent. Deze gegevens kunnen worden uitgewisseld met MITZ (Voorheen LSP, Landelijk SchakelPunt). Een andere zorgverlener, zoals de dokterswacht, apotheken of ziekenhuizen, kan dan uw gegevens opvragen als dat nodig is voor uw behandeling.

Op de website www.mijnmitz.nl kunt u zelf de toestemmingen per zorgaanbieder vastleggen. Ook vindt u hier informatie waarom toestemming geven belangrijk is.

Wij willen u vragen voor de aanmelding bij gezondheidscentrum Makkum uw toestemming vast te leggen. U kunt inloggen met uw DigiD. Wilt u hieronder aangeven wat u heeft geregistreerd?

Naam	Wel/Niet toestemming

Toestemming inschrijving:

Voor kinderen tot 12 jaar geeft de ouder/voogd toestemming.

Voor kinderen van 12 tot 16 jaar die toestemming willen geven, moet zowel de ouder/voogd als het kind zijn handtekening zetten.

Kinderen vanaf 16 jaar geven zelf toestemming.

Naam:

Naam:

Naam:

Handtekening

Handtekening

Handtekening

Naam:

Naam:

Naam:

Handtekening

Handtekening

Handtekening

Voor een volledige inschrijving is het belangrijk dat wij zo spoedig mogelijk na de ontvangst van dit formulier het dossier van uw oude huisarts en apotheek ontvangen. Wilt u zelf contact opnemen met uw oude huisarts en apotheek zodat zij met uw toestemming het dossier naar ons kunnen verzenden? Hartelijk dank hiervoor.