

## Bewijs van inschrijving

|                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| <b>Naam</b>                           |  |
| <b>Achternaam</b>                     |  |
| <b>Meisjesnaam</b>                    |  |
| <b>Geboortedatum</b>                  |  |
| <b>Geslacht</b>                       |  |
| <b>BSN Nummer</b>                     |  |
| <b>Zorgverzekeraar en polisnummer</b> |  |
| <b>Adres</b>                          |  |
| <b>Postcode/woonplaats</b>            |  |
| <b>Telefoonnummer</b>                 |  |
| <b>Mobiel nummer</b>                  |  |
| <b>Email adres</b>                    |  |

## Overige gezinsleden

| <b>Naam</b> | <b>Geslacht</b> | <b>Geboorte datum</b> | <b>BSN nummer</b> | <b>Email adres<br/>Indien aanwezig</b> | <b>Mobiel nummer<br/>Indien aanwezig</b> |
|-------------|-----------------|-----------------------|-------------------|--|--|
|             |                 |                       |                   |  |  |
|             |                 |                       |                   |  |  |
|             |                 |                       |                   |  |  |
|             |                 |                       |                   |  |  |
|             |                 |                       |                   |  |  |
|             |                 |                       |                   |  |  |

## Gegevens vorige (apothekhoudende) huisarts:

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <b>Huisarts</b>          |  |
| <b>Straat</b>            |  |
| <b>Postcode + plaats</b> |  |
| <b>Telefoonnummer</b>    |  |
| <b>Faxnummer</b>         |  |

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

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <b>Apotheek</b>          |  |
| <b>Straat</b>            |  |
| <b>Postcode + plaats</b> |  |
| <b>Telefoonnummer</b>    |  |
| <b>Faxnummer</b>         |  |

Wilt u onze digitale nieuwsbrief ontvangen per mail?

Ja / Nee



GEZONDHEIDSCENTRUM  
MAKKUM

## 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](http://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.