**Inschrijfformulier Medisch Centrum de Fonteijn voor volwassene**

Wij vragen u het formulier volledig in te vullen. Bij inlevering vragen wij u het identiteitsbewijs te laten zien waarvan u de gegevens hieronder heeft ingevuld.

Let op: Het al dan niet aangaan van een behandelovereenkomst, wordt per aanmelding beoordeeld. Uw inschrijving is pas definitief na beoordeling van het formulier en bevestiging van de inschrijving. U krijgt hierover bericht.

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

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

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

Geboortedatum: \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ Geslacht: **MAN / VROUW**

Burgerservicenummer (BSN): \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

Identiteitsbewijs: **paspoort / identiteitskaart / rijbewijs**

Documentnummer: \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

Woonadres: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

Mobiel tel. nr.: \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

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

Het Landelijk Schakelpunt is een netwerk voor zorgaanbieders. Via het LSP kan de huisarts de samenvatting en medicatiegegevens uit een patiëntendossier delen met de huisartsenpost (HAP). Uw gegevens zijn daar dan ’s avonds, ’s nachts en in het weekend bekend. Dit draagt bij aan grotere medicatieveiligheid en efficiëntere zorg. Zie ook: [www.volgjezorg.nl/het-lsp](http://www.volgjezorg.nl/het-lsp)

**Geeft u toestemming voor het Landelijk Schakelpunt (LSP)? JA / NEE**

Patiënten met een WLZ-indicatie (VV 4 of hoger), of patiënten die (gaan) wonen in (kleinschalige) woonzorginstellingen, hebben zorg nodig, die niet onder het basisaanbod huisartsenzorg valt. Dergelijke zorg leveren wij niet: u kunt zich niet bij ons inschrijven.

**Heeft u een WLZ-indicatie of is deze aangevraagd? JA / NEE**

**Woont u in een kleinschalige woonvoorziening of is dat de bedoeling? JA / NEE**

**Is een gezinslid al ingeschreven bij één van onze huisartsenpraktijken?**

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

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

**Er wordt ingeschreven bij huisarts(-en):**

O Mw. M.H. Bossenbroek en dhr. L.T.W. Schreuder

O Dhr. J.A.P. Melief en mw. W. van Eerden

O Mw. E.C. van Kooij en mw. M.H. Bakker

O Dhr. F.R. van den Heuvel

O Mw. E.F. Treumann

**Apotheek:**

O Apotheek De Fonteijn

O Apotheek Parijsch

O Apotheek Culemborg

**Gegevens vorige huisarts:**

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

Plaats: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Geeft u toestemming voor het opvragen van het medisch dossier? **JA / NEE**

Vergeet niet om u uit te schrijven bij uw vorige huisarts!

**Naar waarheid ingevuld en akkoord met inschrijving, datum:** \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

Handtekening in te schrijven persoon:

Wilt u ook andere gezinsleden, die op hetzelfde woonadres wonen, inschrijven?

**Vul dan het hiervoor bestemde formulier in en lever de formulieren tegelijk in**.