

## Verklaring van inschrijving bij:

- A.H. Bollongino  
 E. Faber/ A. Bennink  
 F.M.G.M. Oostendorp  
 N.A. MacLeod

Ondergetekende verklaart bij bovenstaande huisarts op naam te zijn ingeschreven, (indien van toepassing) met zijn/haar gezinsleden.

1	<b>Voornaam en initialen</b>	
	<b>Achternaam (+ evt. meisjesnaam)</b>	
	<b>Geboorte datum en plaats</b>	
	<b>M/V</b>	<input type="checkbox"/> Vrouw <input type="checkbox"/> Man
	<b>Telefoon</b>	
	<b>Email</b>	
	<b>Zorgverzekeraar</b>	
	<b>Inschrijvingsnummer (relatiernr)</b>	
	<b>BSN nummer</b>	

2	<b>Voornaam en initialen</b>	
	<b>Achternaam (+ evt. meisjesnaam)</b>	
	<b>Geboorte datum en plaats</b>	
	<b>M/V</b>	<input type="checkbox"/> Vrouw <input type="checkbox"/> Man
	<b>Telefoon</b>	
	<b>Email</b>	
	<b>Zorgverzekeraar</b>	
	<b>Inschrijvingsnummer (relatiernr)</b>	
	<b>BSN nummer</b>	

Adres: .....

Huisnummer: .....

Postcode: .....

Plaats: .....

Apotheek: .....

 Paspoort  Rijbewijs  Anders: .....

Vorige huisarts: .....

ID nummer: .....

Hierbij geef ik mijn vorige huisarts toestemming tot het verzenden van de medische gegevens naar MC de Artsenij.

- Ja**, ik geef **WEL** toestemming aan MC de Artsenij om mijn gegevens te delen via het LSP. Ik heb alle informatie gelezen in de folder en ik heb het goed begrepen.
- Nee**, ik geef **GEEN** toestemming aan MC de Artsenij om mijn gegevens te delen via het LSP. Ik heb alle informatie gelezen in de folder en ik heb het goed begrepen.

Handtekening

Datum:

N.B. Indien meerdere gezinsleden bij één huisarts staan ingeschreven, graag de afzonderlijke geboortedata, inschrijvingsnummers en BSN-nummers vermelden van ieder gezinslid. Er is dan echter maar één handtekening nodig.

<b>3</b>	<b>Voornaam en initialen</b>	
	<b>Achternaam (+ evt. meisjesnaam)</b>	
	<b>Geboorte datum en plaats</b>	
	<b>M/V</b>	<input type="checkbox"/> Vrouw <input type="checkbox"/> Man
	<b>Telefoon</b>	
	<b>Email</b>	
	<b>Zorgverzekeraar</b>	
	<b>Inschrijvingsnummer (relatiernr)</b>	
	<b>BSN nummer</b>	

<b>4</b>	<b>Voornaam en initialen</b>	
	<b>Achternaam (+ evt. meisjesnaam)</b>	
	<b>Geboorte datum en plaats</b>	
	<b>M/V</b>	<input type="checkbox"/> Vrouw <input type="checkbox"/> Man
	<b>Telefoon</b>	
	<b>Email</b>	
	<b>Zorgverzekeraar</b>	
	<b>Inschrijvingsnummer (relatiernr)</b>	
	<b>BSN nummer</b>	

<b>5</b>	<b>Voornaam en initialen</b>	
	<b>Achternaam (+ evt. meisjesnaam)</b>	
	<b>Geboorte datum en plaats</b>	
	<b>M/V</b>	<input type="checkbox"/> Vrouw <input type="checkbox"/> Man
	<b>Telefoon</b>	
	<b>Email</b>	
	<b>Zorgverzekeraar</b>	
	<b>Inschrijvingsnummer (relatiernr)</b>	
	<b>BSN nummer</b>	

<b>6</b>	<b>Voornaam en initialen</b>	
	<b>Achternaam (+ evt. meisjesnaam)</b>	
	<b>Geboorte datum en plaats</b>	
	<b>M/V</b>	<input type="checkbox"/> Vrouw <input type="checkbox"/> Man
	<b>Telefoon</b>	
	<b>Email</b>	
	<b>Zorgverzekeraar</b>	
	<b>Inschrijvingsnummer (relatiernr)</b>	
	<b>BSN nummer</b>	