

# HUISARTSENPRAKTIJK VAN ENK & VAN DE STOUWE

## INSCHRIJFFORMULIER

Brandpunt 3  
1705 SK Heerhugowaard  
T: 072-5762520  
E: [info@huisarts-enk-stouwe.nl](mailto:info@huisarts-enk-stouwe.nl)  
I: [www.huisarts-enk-stouwe.nl](http://www.huisarts-enk-stouwe.nl)

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

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

Man / vrouw

Geboortedatum: \_\_\_\_\_ BSN: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Postcode + Plaats: \_\_\_\_\_

Telefoon: \_\_\_\_\_ Mobiele telefoon: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Zorgverzekeraar: \_\_\_\_\_ Verzekerde nr: \_\_\_\_\_

Apotheek: \_\_\_\_\_

Wens toegang tot patiëntenportaal MijnGezondheid.net (indien 16+): ja / nee

### Toestemming voor uitwisseling patiënten gegevens.

Met dit formulier geeft u aan of u uw huisartsenpraktijk toestemming verleent om uw medische gegevens elektronisch beschikbaar te stellen aan andere zorgverleners.

#### Toestemming:

O Ja ik geef toestemming aan mijn huisarts om mijn medische gegevens beschikbaar te stellen aan de voor mij relevante behandelaars/zorgverleners

O Nee ik ga er niet mee akkoord dat mijn huisarts mijn medisch gegevens beschikbaar stelt aan de voor mij relevante behandelaars/zorgverleners.

Inschrijfdatum:

Naam huidige huisarts: \_\_\_\_\_

Tel huidige huisarts: \_\_\_\_\_ Fax huidige huisarts: \_\_\_\_\_

Ondergetekende zal zichzelf uitschrijven bij de huidige huisarts

Ondertekend te \_\_\_\_\_ (plaats) op \_\_\_\_\_ (datum)

Handtekening: \_\_\_\_\_