gezondheidscentrum MARNE

Huisartsenpraktijk Amstelveen
Marne 130 b
1186 PJ Amstelveen
020- 6459559
www.huisartsenpraktijkamstelveen.nl

Inschrijfformulier

Wij vragen u deze brief volledig in te vullen en te ondertekenen. Deze brief hebben wij nodig ter informatie van uw zorgverzekeraar.

Wat vragen wij van u:

- Het inschrijfformulier volledig in te vullen en te ondertekenen
- Een kopie van uw zorgpas en identiteitsbewijs
- Uw vorige huisarts in te lichten en zelf uw medisch dossier op te vragen
- Een keuze te maken wel of geen toestemming te verlenen voor het beschikbaar stellen van uw gegevens aan andere zorgaanbieders

---

In te vullen en te checken door assistente:

- Formulier volledig ingevuld
- Ingeschreven in HC
- COV check HC:
    - Verzekerd; schrijf in als actieve patiënt: vinkje bij inschrijving op naam
    - Niet verzekerd; (HC): schrijf patiënt in als NONI: haal vinkje weg bij patiënt-onderhoud-stamgegevens-extra gegevens-op naam ingeschreven
- ION aanmelden in HC
- WID controle: Kopie identiteitsbewijs en verzekeringspas
- Toestemming of geen toestemming Optin

Achternaam:…….. Voornaam:……..
Geb. datum:…….. Geslacht: M/ V
Adres:…… Postcode:……..
Woonplaats:……
Telefoonnummer…….Mobiel:……
E-mailadres:……..
BSN nummer:……..
Zorgverzekering:……Polisnummer:……
Apotheek:……
Vorige huisarts:……
Allergieën:……..
Medicatie: ……
……
……
Aandoeningen in de familie:……
Contactpersoon:……
Roken: ja/nee.

Als u kinderen heeft tot 16 jaar die onder uw gezag staan, kunt u onderstaande invullen. Ook voor de kinderen geef ik toestemming voor LSP □ JA □ NEE

Naam	**Geboortedatum**	**M/V**	**Zorgverzekeraar**	**BSN nummer**

□ Ja, Ik ga akkoord met het beschikbaar stellen van mijn gegevens (probleemlijst en medicatielijst) met de Huisartsenpost bij ziekenhuis Amstelland, door andere zorgaanbieders van de huisartsenpost van ziekenhuis Amstelland, via het LSP, de zorginfrastructuur met de VZVZ als verantwoordelijke partij.	□ nee, ik ga niet akkoord.
□ Ja, Ik wil meedoen (per email) aan een kwaliteitstevredenheidsonderzoek om de zorg aan patiënten te verbeteren. Dit is vrijwillig en anoniem (Qualiview).	□ nee, Ik wil niet meedoen.
□ Ja, Ik wil gebruik maken van mijnGezondheid.net, zodat ik mijn eigen medische dossier kan bekijken, e-mails kan sturen en eigen bloedonderzoeken kan bekijken. U moet in bezit zijn van DigiD.	□ nee, Ik wil er geen gebruik van maken.

Handtekening:……..Datum:……..