

### Inschrijfformulier

Dit inschrijfformulier bevat een verklaring van een patiënt van inschrijving binnen een huisartsenpraktijk en kan gebruikt worden als verzoek tot correctie van huisartsdeclaraties.

### Gegevens huisarts

Naam huisarts: Medisch Centrum Delfshaven, mw. Drs. F. Başdoğan

Adres praktijk: Mathenesserlaan 500, 3023 HL Rotterdam

Telefoon: 010-4771976 - fax :010-4764207

AGB-code huisarts :01026149

AGB-code praktijk : 01009420

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

### Gegevens patiënt

Inschrijfdatum huisartsenpraktijk : ..... - ..... - ..... (dd-mm-jaar)

Naam patiënt:

BSN nummer:

Geslacht: man/vrouw

Verzekernummer(s):

Geboortedatum/data :

Zorgverzekeraar :

Adres/postcode/plaats:

Telefoonnr.:

Emailadres:

Wie was uw vorige huisarts:

Welke apotheek heeft u:

### Veilige uitwisseling van medische gegevens

Medisch Centrum Delfshaven is aangesloten op het Landelijk Schakelpunt (LSP). Via het LSP worden medische gegevens digitaal gedeeld met andere zorgverleners: snel en betrouwbaar. Uw huisarts, apotheek of medisch specialist kunnen via het LSP een deel van uw medische gegevens inzien. Maar alleen als dat nodig is voor het geven van goede zorg aan u. En alleen als u daar toestemming voor heeft gegeven.

JA ik geef toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens beschikbaar te stellen via het LSP.

NEE ik geef geen toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens beschikbaar te stellen via het LSP.

Handtekening :

Datum:

**Vertel de huisarts die u nu heeft dat u zich bij ons inschrijft. dan kan uw huidige huisarts uw medisch dossier - en dat van uw gezinsleden - aan ons overdragen.**