# Huisartspraktijk Madris

Schuilenburgerplein 2  
3816 TE Amersfoort  
Tel: 033-2030600

## Gezins-inschrijfformulier

(in te vullen door ouder/verzorger voor het gezin)

### 1. Ouder/verzorger

Naam: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Adres: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Postcode + Woonplaats: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Telefoon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
BSN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Zorgverzekeraar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Polisnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### 2. Partner (indien van toepassing)

Naam: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
BSN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Zorgverzekeraar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Polisnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### 3. Kind(eren)

Naam kind 1: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Geboortedatum: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ BSN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Naam kind 2: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Geboortedatum: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ BSN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Naam kind 3: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Geboortedatum: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ BSN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(Voeg extra velden toe indien nodig)

### 4. Vorige huisarts & apotheek

Vorige huisarts: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Plaats: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Ik geef toestemming dat de medische dossiers van ons gezin worden opgevraagd bij de vorige huisarts: ☐ Ja ☐ Nee  
Voorkeursapotheek: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### 5. Contactpersoon/noodgevallen

Naam: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relatie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Telefoonnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### 6. Toestemmingen

☐ Ik ga akkoord dat onze gegevens worden verwerkt volgens de privacyregels van de praktijk.  
☐ Ik geef toestemming voor gegevensuitwisseling via het LSP. ☐ Ja ☐ Nee  
☐ Ik ga akkoord met gebruik van e-mail/telefoon voor communicatie. ☐ Ja ☐ Nee

### Handtekening ouder/verzorger

Datum: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_  
Handtekening: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_