



Huisartsencentrum Westergouwe  
*Samen houden we de wijk gezond*

### **Inschrijving**

Naam: Meisjes naam:  
Voorletter(s): Roepnaam:  
Geboortedatum: Geslacht: m/v  
Straat: Huisnummer:  
Postcode: Woonplaats:  
Telefoonnummer: Mobiel:  
Emailadres:  
BSN:  
LSP Huisarts: Ja/Nee LSP apotheek: Ja/Nee  
MijnGezondheid.net: Ja/Nee  
Heeft zich aangemeld als nieuwe patiënt bij huisartsencentrum Westergouwe  
Datum:  
Handtekening:

**Vergeet niet een kopie van het legitimatiebewijs en zorgpas bij te voegen!**

**U dient zelf contact op te nemen met de oude huisarts om toestemming te geven dat uw gegevens naar ons toe komen**

Adresgegevens oude huisarts:

Naam:

Adres:

Telefoon:

### **TOESTEMMING UITWISSELING PATIËTENGEDEEVENS (LSP)**

Op het inschrijfformulier kunt u uw huisarts en apotheek toestemming verlenen om uw medische gegevens elektronisch beschikbaar te stellen aan andere zorgverleners (voorlopig alleen op de HuisArtsenPost).

De brochure 'Uw medische gegevens elektronisch delen?' beschrijft gedetailleerd hoe medische gegevens worden gedeeld. U kunt ook uw huisarts of apotheek om meer informatie vragen of [www.vzvz.nl](http://www.vzvz.nl) raadplegen