

## **Huisartsenpraktijk Posterholt**

**W.M.G. Linders**  
**M.H.J. Schlangen**

Nieuw Holsterweg29  
6061 EG Posterholt  
Tel: 0475-402626  
happosterholt@ezorg.nl  
huisartsenpraktijkposterholt.nl



Geachte heer/ mevrouw,

Wij heten u van harte welkom als nieuwe patiënt bij ons in de huisartsenpraktijk.

Het is van groot belang dat iedere Nederlander staat ingeschreven bij slechts één huisartsenpraktijk. Bij het wisselen van praktijk hoort een juiste inschrijving. Ook de uitschrijving bij uw vorige huisarts hoort goed geregeld te worden. Dit is belangrijk omdat zorgverzekeraars namens u betalingen verrichten aan huisartsen. Het moet dus voor alle partijen duidelijk zijn waar u staat ingeschreven, dit voorkomt problemen in het betalingsverkeer waar u als ingeschrevene last van zou kunnen krijgen.

Mogen wij u verzoeken om uw andere zorgverleners te informeren dat u gaat overstappen? Denk hierbij aan de ziekenhuizen waar u onder behandeling bent, de thuiszorg, uw fysiotherapeut, logopedist, psycholoog of andere hulpverleners.

Er wordt om uw toestemming gevraagd in het formulier om uw medische gegevens uit te wisselen met de Huisartsenpost. Dit kan van levensbelang zijn tijdens het handelen bij spoedsituaties, wij kunnen dan uw medicatielijst inzien of rekening houden met uw chronische ziekten. Alleen de artsen en doktersassistenten op de Huisartsenpost zijn gemachtigd uw dossier in te zien. Vergeet niet om ook bij de apotheek aan te geven of de dienstapotheek uw medicatielijst mag inzien.

Graag verzoeken wij u daarom de volgende pagina goed te lezen, in te vullen en te ondertekenen zodat wij u de juiste medische hulp kunnen bieden.  
Wanneer u het inschrijfformulier komt inleveren, neem dan ook uw identiteitsbewijs mee.

## **Huisartsenpraktijk Posterholt**

**W.M.G. Linders**  
**M.H.J. Schlangen**

Nieuw Holsterweg29  
6061 EG Posterholt  
Tel: 0475-402626  
happosterholt@ezorg.nl  
huisartsenpraktijkposterholt.nl



### **Persoonsgegevens:**

Voornaam	
Achternaam	
Geslacht	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw
Geboortedatum	
Geboorteplaats	
Burgerlijke staat	
Adres en huisnummer	
Postcode en woonplaats	
Telefoon privé	
Telefoon mobiel	
Email adres	

### **Verzekeringsgegevens:**

Zorgverzekeraar	
Polisnummer	
BSN nummer	
Legitimatie en documentnummer	<input type="checkbox"/> Paspoort <input type="checkbox"/> ID-kaart <input type="checkbox"/> Rijbewijs Nummer:

### **Zorgverleners:**

Gewenste huisarts	<input type="checkbox"/> dr. Linders <input type="checkbox"/> dr. Schlangen
Gewenste apotheek	<input type="checkbox"/> Benu apotheek Posterholt <input type="checkbox"/> Benu apotheek Melick <input type="checkbox"/> Apotheek Herkenbosch <input type="checkbox"/> Anders,

### **Gegevens vorige zorgverleners:**

Naam Huisarts	
Plaats	
Vorige apotheek	

### **Toestemming:**

Bent u akkoord met inzage in uw belangrijkste medische gegevens (o.a. medicatie en allergieën) via het Landelijk Schakelpunt (LSP), door artsen en de apotheek van de Huisartsenpost te Roermond?	Ja / Nee
Wilt u een account voor het online portaal van onze website? Hiermee kunt u o.a. een afspraak inplannen, herhaalrecepten aanvragen, uitslagen bekijken en een deel van uw medisch dossier inzien.	Ja / Nee

**Datum:**

**Handtekening:**