

Code medewerker na inname formulier: _____



Verklaring van inschrijving bij nieuwe huisartsenpraktijk

Als nieuwe patient wordt u ingeschreven bij huisarts K.Strating

Wij komen in de praktijk per: _____

Hoofdbewoner (Gelieve in te vullen in blokletters)

Achternaam: _____ Voornaam: _____ man / vrouw

Adres: _____

Postcode: _____ Woonplaats: _____

Telefoonnummer (vaste lijn): _____ Mobiel Telefoonnummer: _____

Land van herkomst: _____ Spreektaal: _____ (indien nodig)

Tolk nodig tijdens het spreekuur: Ja/ Nee

BSN nummer: _____

Geboortedatum: _____ E-mail adres: _____

Zorgverzekeraar: _____ Zorgverzekeringsnummer: _____

Ik wil ingeschreven worden bij apotheek : _____ (naam/plaats apotheek)

(U dient zelf uw vorige apotheek in te lichten over uw verhuizing)

Wij vragen u om toestemming te geven voor uitwisseling van medische informatie
met de huisartsenpost en apotheek.

Zie voor nadere informatie www.ikgeeftoestemming.nl

☐ Ja, ik geef toestemming ☐ Nee, ik geef geen toestemming

Plaats: _____ Datum: _____ Handtekening: _____

Hierbij geef ik / geven wij toestemming om het medisch dossier op te vragen bij de vorige huisarts.

Gegevens vorige huisarts:

Naam : _____

Adres : _____

Woonplaats: _____

Tel. Nummer: _____

E-mail: _____

Medebewoner/ Partner:

Achternaam: _____ Voornaam: _____ man / vrouw

Mobiel telefoonnummer: _____

BSN nummer: _____

Geboortedatum: _____ E-mail adres: _____

Zorgverzekeraar: _____ Zorgverzekeringsnummer: _____

Wij vragen u om toestemming te geven voor uitwisseling van medische informatie met de huisartsenpost en apotheek.

Zie voor nadere informatie www.ikgeeftoestemming.nl

☐ Ja, ik geef toestemming ☐ Nee, ik geef geen toestemming

Kinderen:

Achternaam: _____ Voornaam: _____ man / vrouw

Mobiel telefoonnummer: _____

BSN nummer: _____

Geboortedatum: _____ E-mail adres: _____

Zorgverzekeraar: _____ Zorgverzekeringsnummer: _____

Wij vragen u om toestemming te geven voor uitwisseling van medische informatie met de huisartsenpost en apotheek.

Zie voor nadere informatie www.ikgeeftoestemming.nl

☐ Ja, ik geef toestemming ☐ Nee, ik geef geen toestemming

Achternaam: _____ Voornaam: _____ man / vrouw

Mobiel telefoonnummer: _____

BSN nummer: _____

Geboortedatum: _____ E-mail adres: _____

Zorgverzekeraar: _____ Zorgverzekeringsnummer: _____

Wij vragen u om toestemming te geven voor uitwisseling van medische informatie met de huisartsenpost en apotheek.

Zie voor nadere informatie www.ikgeeftoestemming.nl

☐ Ja, ik geef toestemming ☐ Nee, ik geef geen toestemming

Kinderen:

Achternaam: _____ Voornaam: _____ man / vrouw

Mobiel telefoonnummer: _____

BSN nummer: _____

Geboortedatum: _____ E-mail adres: _____

Zorgverzekeraar: _____ Zorgverzekeringsnummer: _____

Wij vragen u om toestemming te geven voor uitwisseling van medische informatie
met de huisartsenpost en apotheek.

Zie voor nadere informatie www.ikgeeftoestemming.nl

☐ Ja, ik geef toestemming ☐ Nee, ik geef geen toestemming

Achternaam: _____ Voornaam: _____ man / vrouw

Mobiel telefoonnummer: _____

BSN nummer: _____

Geboortedatum: _____ E-mail adres: _____

Zorgverzekeraar: _____ Zorgverzekeringsnummer: _____

Wij vragen u om toestemming te geven voor uitwisseling van medische informatie
met de huisartsenpost en apotheek.

Zie voor nadere informatie www.ikgeeftoestemming.nl

☐ Ja, ik geef toestemming ☐ Nee, ik geef geen toestemming

Achternaam: _____ Voornaam: _____ man / vrouw

Mobiel telefoonnummer: _____

BSN nummer: _____

Geboortedatum: _____ E-mail adres: _____

Zorgverzekeraar: _____ Zorgverzekeringsnummer: _____

Wij vragen u om toestemming te geven voor uitwisseling van medische informatie
met de huisartsenpost en apotheek.

Zie voor nadere informatie www.ikgeeftoestemming.nl

☐ Ja, ik geef toestemming ☐ Nee, ik geef geen toestemming