

Inschrijfformulier nieuwe patiënt



Achternaam : _____
Meisjesnaam : _____
Initialen : _____ Roepnaam : _____
Geboortedatum : _____ Geboorteplaats : _____
Geslacht : man / vrouw (doorhalen wat niet van toepassing is)
Straat : _____ Huisnummer : _____
Postcode : _____ Woonplaats : _____
Telefoonnummer : _____ Mobiel nummer : _____
Burgerlijke staat : _____
Emailadres : _____
BSN : _____
Zorgverzekeraar : _____ Verzekerdennr. : _____

Contactgegevens vorige huisarts

Naam Huisarts : _____
Straat : _____ Huisnummer : _____
Postcode : _____ Plaats : _____
Telefoonnummer : _____

Ik wil graag een kennismakingsgesprek met de huisarts : ja / nee (doorhalen wat niet van toepassing is)

Allergisch voor de volgende middelen (medicijnen, jodium, pleisters)

Overige opmerkingen :

Ik geef toestemming dat een samenvatting van mijn medische dossier beschikbaar is op de huisartsenpost (voor meer informatie zie www.ikgeeftoestemming.nl) :

ja / nee (doorhalen wat niet van toepassing is)

Apotheek : _____

Plaats : _____ Datum : _____

Handtekening : _____

Graag dit formulier, samen met een **kopie van uw legitimatiebewijs en zorgpas**, afgeven in onze praktijk of opsturen naar onderstaand adres.

