

Inschrijfformulier

Ondergetekende verklaart hierbij dat hij/zij als patiënt ingeschreven wil worden bij
Huisartsenpraktijk De Groote Wielen

Gegevens patiënt:

Voorletters Voornaam M / V
Achternaam
Geboortedatum BSNnummer
Adres
Postcode 5241 __ / 5243 __ / 5245 __ / 5247 __ / 5249 __
Woonplaats
☎ nummer(s)
@mailadres
Zorgverzekering Polisnummer
Apotheek: Walschot (Dorpsstraat) Rosmalen (Oude baan) Empel

Zijn er op dit adres meerdere personen woonachtig?

Vul dan hieronder de gegevens van in ieder geval één persoon in.

Geboortedatum Naam

Gegevens uitwisselen (voor meer informatie raadpleeg www.volgjezorg.nl of vraag de informatiefolder)

Opt-In: Ja, ik ga akkoord met het beschikbaar stellen van mijn gegevens voor raadpleging door andere zorgverleners. NB: Kinderen van 12 jaar en ouder moeten hier ook zelf voor tekenen*.
 Nee, ik ga niet akkoord.

Vorige huisarts Niet van toepassing
 Graag naam, plaats en telefoonnummer hieronder invullen

Deze inschrijving mag ingaan per: Handtekening*: Handtekening ouder:

Datum
Bij kinderen t/m 16 jaar

Door middel van het tekenen van dit formulier, geeft u tevens toestemming voor het opvragen van uw medische gegevens bij uw vorige huisarts.

Eventuele opmerkingen

**Lever dit formulier persoonlijk in op vertoon van een geldig identiteitsbewijs
(m.b.t. de WID; wet identificatie bij dienstverlening).**

Dit gedeelte wordt door de assistente ingevuld

Controle middels: Paspoort Rijbewijs ID-kaart Persoonslijst pasgeborene Vreemdelingendoc.

Documentnum. BSNnummer

Gecontroleerd door: Inge / Marga / Monique / Olga / Imke / Sanne / Lonneke / Lisanne.....