

# 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\_ \_/5236\_\_

Woonplaats

☎ nummer(s)

@mailadres

Zorgverzekering  Polisnummer

Apotheek:  Walschot (Dorpsstraat)  Rosmalen (Oude baan)  Groote Wielen (Het Frontier)  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](http://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 /Lisane.....