

Inschrijfformulier

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

Gegevens patiënt:

Voorletters Voornaam M / V / O
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 en al bij onze huisartsenpraktijk ingeschreven?
Vul dan hieronder de gegevens van in ieder geval één persoon in.

Geboortedatum Naam

Bent u eerder patiënt geweest bij HAP De Groote Wielen? ☐ Ja ☐ Nee

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

