

# 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 \_\_ / 5247 \_\_ / 5249 \_\_  
Woonplaats   
☎ nummer(s)   
@mailadres   
Zorgverzekering  Polisnummer   
Apotheek:  De Groote Wielen  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](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 / .....