Inschrijfformulier Huisartsenpraktijk Het Zorgkwartier

Achternaam ..................................................... M / V  
Voorletters en roepnaam .....................................................

Geboortedatum .....................................................

Adres .....................................................

Postcode en woonplaats .....................................................

BSN-nummer …………………………………………………

Telefoon .....................................................

Email adres ………………………………………………….

Naam zorgverzekeraar .....................................................

Polisnummer .....................................................

**Komt u bij iemand inwonen die al patiënt in onze praktijk is?**  Ja / Nee

Zo ja welke persoon? .....................................................

Geboortedatum: .....................................................

Bij welke huisarts is deze persoon ingeschreven? .……………………..

Datum ..................................... Handtekening ................................

**Medebewoner**

Achternaam ..................................................... M / V  
Voorletters en roepnaam .....................................................

Geboortedatum .....................................................

BSN-nummer …………………………………………………

Telefoon .....................................................

Email adres ………………………………………………….

Naam zorgverzekeraar .....................................................

Polisnummer .....................................................

Datum ..................................... Handtekening ................................

* **Wilt u bij de inschrijving een geldig identificatiebewijs meenemen?**
* **Zijn uw kinderen 16 jaar of ouder? Graag een apart inschrijfformulier inleveren.**

**Graag hieronder gegevens van de overige gezinsleden invullen (onder de 16 jaar).**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Naam | Geboortedatum | M/V | Verzekering | Polisnummer | BSN: |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Bij inschrijving kind, en ouders zijn gescheiden: wie heeft gezag / voogdij?**

…………………………………………………………………………………………………………………..

|  |  |
| --- | --- |
| **Bij welke huisarts wilt zich inschrijven?**   * A.T. van Westreenen Tel: 451325 * T. Stoker Tel: 456626 * M.A. Bonnes Tel: 463494 * H.A. Boon Tel: 451325   ***Niet alle huisartsen zijn altijd open voor nieuwe patiënten, informatie hierover kunt u vragen aan de assistente*** | **Bij welke apotheek bent of wilt u worden ingeschreven?**   * Ommer apotheek locatie Carrouselplein * Ommer apotheek locatie de Markt |

**Bent u hier eerder patiënt geweest?** Ja/nee

Zo ja bij welke huisarts? .....................................

**Toestemming opvragen medische gegevens vorige huisarts**

|  |  |
| --- | --- |
| Wij vragen u om toestemming te geven voor het opvragen van uw dossier bij u vorige huisarts. | [ ] **JA** ik geef toestemming om mijn dossier bij mijn vorige huisarts op te vragen  [ ] **NEE** ik ga er niet mee akkoord dat mijn dossier wordt opgevraagd bij mijn vorige huisarts |

**Gegevens vorige huisarts**

Naam vorige huisarts .....................................................

Adres van uw vorige huisarts .....................................................

*NB: Ingeschreven patiënten dienen zelf ook hun vorige huisarts op de hoogte te brengen van uitschrijving.*

**Toestemming LSP**

|  |  |
| --- | --- |
| Wij vragen u om toestemming te geven voor uitwisseling van medische informatie met de huisartsenpost en apotheek.  *(zie voor meer informatie www.ikgeeftoestemming.nl)* | [ ] **JA** ik geef toestemming aan mijn huisarts om mijn medische gegevens beschikbaar te stellen aan de voor mij relevante behandelaars/ zorgverleners  [ ] **NEE** ik ga er niet mee akkoord dat mijn huisarts mijn medische gegevens beschikbaar stelt aan de voor mij relevante behandelaars/zorgverleners |

**Toestemming aanmelding MGN**

|  |  |
| --- | --- |
| Wij vragen u om toestemming te geven voor het aanmelden bij MGN (=Mijngezondheid.net)  U heeft dan inzage in uw eigen medisch dossier. | [ ] **JA** ik geef toestemming om mij aan te melden bij MGN  [ ] **NEE** ik geef geen toestemming voor het aanmelden bij MGN |

Graag onderstaande invullen:

|  |  |
| --- | --- |
| **Geïdentificeerd met:** | **Rijbewijs / ID- kaart / Paspoort / Anders:** |
| **Met documentnummer:** |  |