

Inschrijfgegevens

Datum:

Naam:.....

Meisjesnaam (indien van toepassing):.....

Voorletters:.....Geslacht:.....

Roepnaam:.....Geboortedatum:.....

Geboorteplaats:.....Burgerlijke staat:.....

Adres:.....

Postcode:.....Woonplaats:.....

Telefoonnummer: Mobiel:

Emailadres:.....

Naam contactpersoon (indien van toepassing):.....

Telefoonnummer contactpersoon:.....

Relatie contactpersoon (bijvoorbeeld: dochter/buurvrouw):.....

Zou u mail van ons willen ontvangen, bijvoorbeeld onze nieuwsbrief? JA / NEE

Zorgverzekeraar:.....

Relatienummer / polisnummer:.....

Burgerservicenummer:.....

ID-kaart/Paspoortnr / rijbewijsnr (doorhalen wat n.v.t. is): :.....

Heeft u eerder ingeschreven gestaan in onze praktijk? ja / nee

Woont u samen met iemand die al patiënt is in deze praktijk?

 Zo ja, met?geboren op:.....

Naam vorige huisarts:

Neem bij uw inschrijving of bij het eerste consult in onze praktijk uw ID-kaart/paspoort mee zodat u zich kan identificeren, dit geldt voor alle leeftijden.

Voor meer informatie verwijzen wij u naar onze website.

Wij willen u vragen zelf aan uw vorige huisarts door te geven dat u nu ingeschreven bent bij onze praktijk zodat hij/zij uw medisch dossier op kan sturen.

Tevens verzoeken wij u ook om aan uw zorgverzekeraar deze wijziging door te geven.

Inschrijfformulier

Dit inschrijfformulier bevat een verklaring van een patiënt van inschrijving binnen een huisartsenpraktijk en kan gebruikt worden als verzoek tot correctie van huisartsdeclaraties.

Gegevens huisarts

Naam huisarts : Dr. Rijkers, Dr. Holwarda, Dr. Bontjer
Adres praktijk : Valkeniersweg 79 ; 7833 EW Nieuw-Amsterdam
AGB-code huisarts : 24034, 27488, 28790
AGB-code praktijk : 010-59452

Patiënt verklaart bij bovenstaande huisarts in zijn/haar praktijk op naam te zijn ingeschreven met (indien van toepassing) zijn/haar gezinsleden.

Onderstaande door patiënt(e) zelf in te vullen

Inschrijfdatum huisartsenpraktijk : - -(dd-mm-jaar)

Naam patiënt :
Geboortedatum :
Zorgverzekeraar :
Relatienummer :

Datum : Handtekening:

Geeft u toestemming voor uitwisseling van uw medisch dossier?

- Ja**
- Nee**

NB indien meerdere gezinsleden bij één huisarts staan ingeschreven, graag de afzonderlijke geboortedata en relatienummers vermelden van ieder gezinslid.
Er is dan echter maar één handtekening benodigd.

*Neem bij uw inschrijving of bij het eerste consult in onze praktijk uw ID-kaart/paspoort mee zodat u zich kan identificeren, dit geldt voor alle leeftijden.
Voor meer informatie verwijzen wij u naar onze website.*

Toestemmingsformulier LSP

In verband met de avond- en weekenddiensten en spoedeisende hulp, is elektronische uitwisseling van informatie via een beveiligd netwerk nodig.

Wij vragen u daarom éénmalig toestemming voor deze uitwisseling.

Meer informatie vindt u op de website www.ikgeeftoestemming.nl of in de folder verkrijgbaar bij de balie.

Middels dit formulier kunt u tevens toestemming geven aan apotheek de Vaart voor de uitwisseling van uw gegevens.

Heeft u dit formulier bij uw huisarts óf bij apotheek de Vaart reeds ingevuld, dan hoeft u dit formulier niet nogmaals in te vullen.

- JA** ik geef toestemming aan apotheek de Vaart om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners.
- JA** ik geef toestemming aan Huisartsenpraktijk Tweelingdorp om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners.
- Nee**, ik geef geen toestemming.

Voorletter(s):

Achternaam:

Geboortedatum:

BSN nummer:

- Ik geef ook toestemming voor mijn minderjarige, thuiswonende kinderen

Uw handtekening:

U kunt dit formulier inleveren bij de balie van de praktijk.

