

Inschrijfformulier

Huisartsen: Th. Sikkema, J.H. van den Akker,
G.R. Tuinman, F.J. Leenstra
Waannemers: mw. R. Westerdijk, mw. G. Rienks

Om u in te schrijven in onze praktijk willen wij u vragen deze 2 formulieren volledig in te vullen, te ondertekenen en af te geven in de praktijk. Voor volwassenen en kinderen van 16 jaar en ouder dient er tevens per individu, een LSP toestemmingsformulier in te vullen. Zonder ondertekening kunnen wij uw inschrijving niet in behandeling nemen. Gelieve uw vorige praktijk van de overschrijving op de hoogte te stellen.

***Neem een geldig legitimatiebewijs (kopie) van alle in te schrijven personen mee bij inschrijving in de praktijk.**

Ik wil me per _____ - _____ - _____ (ingangsdatum) inschrijven bij huisarts: _____

Eigen gegevens:				
Achternaam:			Voorletters:	
Roepnaam:		0 man 0vrouw	Geboortedatum: / /	
Telefoon Mobiel:	<input type="text"/>		Telefoon thuis:	<input type="text"/>
e-mail adres:				
Straat:			Huisnr: <input type="text"/>	
Woonplaats:			Postcode: <input type="text"/>	
Burgerlijke staat:	0 alleenstaand	0 gehuwd /samenwonend	0 weduwe/ weduwnaar	0 gescheiden
BSN-Nummer: <input type="text"/>				
Legitimatie:	0 Rijbewijs	0 Paspoort	0 Nederlandse ID-Kaart	0 Vreemdelingendocument
0 Uittreksel Gemeentelijke Basis Administratie		Documentcode: <input type="text"/>		
Zorgverzekeraar:			Polisnummer: <input type="text"/>	
Handtekening:			<input type="text"/>	

Indien van toepassing, gegevens partner op zelfde woonadres:				
Achternaam:			Voorletters:	
Roepnaam:		0 man 0vrouw	Geboortedatum: / /	
Telefoon Mobiel:	<input type="text"/>		Telefoon thuis:	<input type="text"/>
e-mail adres:				
BSN-Nummer: <input type="text"/>				
Legitimatie:	0 Rijbewijs	0 Paspoort	0 Nederlandse ID-Kaart	0 Vreemdelingendocument
0 Uittreksel Gemeentelijke Basis Administratie		Documentcode: <input type="text"/>		
Zorgverzekeraar:			Polisnummer: <input type="text"/>	
Handtekening kind, indien 16 jaar of ouder:			<input type="text"/>	

Z.O.Z

Indien van toepassing, gegevens kind op zelfde woonadres:					
Achternaam:			Voorletters:		
Roepnaam:		0 man	Ovrouw	Geboortedatum: / /	
Telefoon Mobiel:		<input type="text"/>		Telefoon thuis: <input type="text"/>	
e-mail adres:					
BSN-Nummer: <input type="text"/>					
Legitimatie:		0 Rijbewijs	0 Paspoort	0 Nederlandse ID-Kaart	0 Vreemdelingendocument
0 Uittreksel gemeentelijke basis administratie			Documentcode: <input type="text"/>		
Zorgverzekeraar:				Polisnummer: <input type="text"/>	
Handtekening kind, indien 16 jaar of ouder:				<input type="text"/>	

Indien van toepassing, gegevens partner op zelfde woonadres:					
Achternaam:			Voorletters:		
Roepnaam:		0 man	Ovrouw	Geboortedatum: / /	
Telefoon Mobiel:		<input type="text"/>		Telefoon thuis: <input type="text"/>	
e-mail adres:					
BSN-Nummer: <input type="text"/>					
Legitimatie:		0 Rijbewijs	0 Paspoort	0 Nederlandse ID-Kaart	0 Vreemdelingendocument
0 Uittreksel Gemeentelijke Basis Administratie			Documentcode: <input type="text"/>		
Zorgverzekeraar:				Polisnummer: <input type="text"/>	
Handtekening kind, indien 16 jaar of ouder:				<input type="text"/>	

Nieuwe Apotheek:	0 Vredeveld	0 Karsten	0 Kloosterveen	0 Peeleres	0 Marsdijk	0 Marturia
	0 Wilhelmina	0 Noorderpark	0 Themmen			

Ondergetekende machtigt hierbij de nieuwe huisarts tot het ION-afmelden bij de vorige huisarts en verzoekt deze het medisch dossier aan ons over te dragen. Indien mogelijk graag een digitale overdracht via Zorgmailfiletransfer (Promedico ASP).

Naam vorige huisarts: _____ **Telefoon vorige huisarts:** _____

Adres / Woonplaats vorige huisarts : _____

In te vullen door assistente:

	Datum:	Paraaf
Ingevoerd in computer		
ION aangemeld		
Dossier opgevraagd		

	Datum	Paraaf
Dossier geupload		
Dossier per post ontvangen		
Dossier ingescand		