

Inschrijfformulier

Achternaam			
Voorletter(s)		Roepnaam	
Geboortedatum		Geslacht	Man / Vrouw / Anders
BSN			
Type identiteitsbewijs	NL Paspoort / NL Rijbewijs NL Identiteitskaart / Uittreksel BRP Vreemdelingendocument	Document- nummer	
Verzekerings- maatschappij		Polisnummer	
Adres			
Postcode		Woonplaats	
Vast telefoonnummer		Mobiel telefoonnummer	
Emailadres			
Naam en plaats vorige huisarts			
Naam apotheek			
Geeft u toestemming voor het delen van uw medische gegevens met andere zorgverleners zoals uw apotheek en de huisartsenpost?			Ja / Nee
Wilt u gebruik maken van onze online omgeving MijnGezondheid.net voor onder andere het maken van afspraken, het herhalen van medicijnen en het stellen van vragen?			Ja / Nee

- Wij accepteren alleen patiënten die woonachtig zijn in Waalwijk, ingeschreven staan bij de gemeente, in het bezit zijn van een Nederlandse zorgverzekering en die nog geen eigen huisarts in de regio hebben.
- Voor eventuele extra gezinsleden kunt u de verkorte versie (op de achterzijde) gebruiken.
- U kunt het ingevulde formulier inleveren op de praktijk, wilt u op dat moment ook de identiteits- en verzekeringsbewijzen van alle in te schrijven patiënten meenemen voor controle?
- Met het inleveren van dit formulier geeft u ons toestemming om uw medisch dossier bij uw oude huisarts op te vragen, geef alvast bij hen aan dat u de praktijk gaat verlaten om vertraging bij het opvragen te voorkomen.
- U bent pas definitief ingeschreven als uw dossier bij ons binnen is en u aan de eerder genoemde voorwaarden voldoet.

In te vullen door praktijkmedewerker:

Initialen:	Datum ontvangst:	BSN gecheckt:	Document- nummer gecheckt:
------------	---------------------	------------------	-------------------------------

Inschrijfformulier overige gezinsleden

Achternaam			
Voorletters		Roepnaam	
Geboortedatum		Geslacht	Man / Vrouw / Anders
BSN			
Type identiteitsbewijs	NL Paspoort / NL Rijbewijs NL Identiteitskaart / Uittreksel BRP Vreemdelingendocument	Document- nummer	
Verzekerings- maatschappij		Polisnummer	
Mobiel telefoonnummer		E-mailadres	
Geeft u toestemming voor het delen van uw medische gegevens met andere zorgverleners zoals uw apotheek en de huisartsenpost?			Ja / Nee
Wilt u gebruik maken van onze online omgeving MijnGezondheid.net voor onder andere het maken van afspraken, het herhalen van medicijnen en het stellen van vragen?			Ja / Nee

Achternaam			
Voorletters		Roepnaam	
Geboortedatum		Geslacht	Man / Vrouw / Anders
BSN			
Type identiteitsbewijs	NL Paspoort / NL Rijbewijs NL Identiteitskaart / Uittreksel BRP Vreemdelingendocument	Document- nummer	
Verzekerings- maatschappij		Polisnummer	
Mobiel telefoonnummer		E-mailadres	
Geeft u toestemming voor het delen van uw medische gegevens met andere zorgverleners zoals uw apotheek en de huisartsenpost?			Ja / Nee
Wilt u gebruik maken van onze online omgeving MijnGezondheid.net voor onder andere het maken van afspraken, het herhalen van medicijnen en het stellen van vragen?			Ja / Nee
