

INSCHIJFFORMULIER

Huisartsenpraktijk Van der Spek
Reidans 78
2907 TD Capelle aan den IJssel
Telefoonnummer: 010 450 60 66
Website: www.huisartsenpraktijkvanderspek.nl

Belangrijk:

- Wilt u zich bij de vorige huisarts afmelden zodat deze uw gegevens naar ons kan opsturen?
- Wilt u bij het inschijfformulier een kopie van uw identiteitsbewijs (paspoort, rijbewijs etc) en een kopie van uw zorgverzekering / zorgpas toevoegen?
- Per persoon / kind moet u een inschijfformulier inleveren.

Persoonsgegevens:

Achternaam: _____

Voorletters: _____ Tussenvoegsel: _____

Geslacht: 0 Man 0 Vrouw

Geboortedatum: ____ / ____ / ____ BSN: _____
(dag) (maand) (jaartal)

Straatnaam: _____

Postcode en woonplaats: _____

Telefoonnummer: _____

E-mailadres: _____

Apotheek: _____

Burgerlijke staat: _____

Heeft u kinderen? Ja / Nee

Indien Ja: bent u een een-ouder-gezin? Ja / Nee

Indien Ja: stemt uw partner in met de inschrijving van uw kind(eren)? Ja / Nee / N.v.t.
(Graag ontvangen wij een getekende toestemmingsverklaring)

Hoe is de voogdij van uw kind(eren) geregeld? Vader / Moeder / Beiden
(Graag ontvangen wij een uittreksel uit het gezagsregister)

Verzekeringsgegevens:

Verzekeringsmaatschappij en Polisnummer: _____

Gegevens vorige huisarts

Naam: _____

Adres: _____

Postcode en Plaats: _____

Gegevens vorige apotheek:

Naam: _____

Adres: _____

Postcode en Plaats: _____

Landelijk SchakelPunt (zie praktijkwebsite voor uitleg)

Ik geef wel / geen toestemming dat mijn medische gegevens worden ingezien door een waarnemend huisarts, waarnemend apotheker en / of medisch specialist.

Mijn Gezondheid.net (zie praktijkwebsite voor uitleg)

Ik wil mij wel / niet aanmelden voor Mijn Gezondheid.net

Naam:

Handtekening

Datum: