

Inschrijfformulier nieuwe patiënten

Welkom bij huisartspraktijk de Kleuver. Wilt u onderstaand formulier uitprinten, invullen en ondertekenen? U kunt het daarna inleveren bij de praktijk met een kopie van uw identiteitsbewijs

Let op: u dient zich zelf bij de oude huisarts uit te schrijven!

(Bij wens om van huisarts te wisselen binnen Zuidlaren, kan dit alleen in overleg).

Naam en adres oude huisarts	
-----------------------------	--

Ondergetekende verklaart dat hij/zij zich met nog huisgenoten inschrijft bij Huisartspraktijk De Kleuver, zelf de vorige huisarts hierover informeert en verzoekt om dossier-overdracht:

Aanhef	<input type="checkbox"/> Dhr <input type="checkbox"/> Mw	Adres	
Voorletters		Postcode	
Roepnaam		Woonplaats	
Achternaam		Tel (vast)	
Geboortedatum	- -	Tel (mobiel)	
BSN		Mailadres	
Zorgverzekeraar		Polisnr.	
Opt-in*	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	MGN**	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Apotheek***	<input type="checkbox"/> Zuidlaren <input type="checkbox"/> Andere apotheek, nl:	Handtekening	

	Uitleg
* Opt-in	Hierbij geeft u de huisarts wel of geen toestemming om uw medische gegevens als nodig door te geven aan andere zorgverleners. Bijvoorbeeld de doktersdienst bij spoedzorg. Iedereen vanaf 16 mag dit zelf beslissen. Meer informatie kunt u vinden op www.vzvz.nl
** MGN	U kunt zich aanmelden bij MijnGezondheid.Net. Nadat u een account hebt gemaakt en wij (een deel van) uw dossier vrij hebben gegeven, kunt u uw medische gegevens, medicatie en (lab) uitslagen inzien. Voor meer informatie verwijzen we u naar onze website www.huisartsdekleuver.nl .
*** Apotheek	U dient zich zelf aan te melden bij uw nieuwe apotheek.

Vervolg inschrijfformulier

1° Huisgenoot		Aanhef	<input type="checkbox"/> Dhr <input type="checkbox"/> Mw
Roepnaam		Voorletters	
Achternaam		Tel (vast)	
Geboortedatum	- -	Tel (mobiel)	
BSN		Mailadres	
Zorgverzekeraar		Polisnr.	
Opt-in*	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	MGN**	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Apotheek***	<input type="checkbox"/> Zuidlaren <input type="checkbox"/> Andere apotheek, nl:	Handtekening	

2° Huisgenoot		Aanhef	<input type="checkbox"/> Dhr <input type="checkbox"/> Mw
Roepnaam		Voorletters	
Achternaam		Tel (vast)	
Geboortedatum	- -	Tel (mobiel)	
BSN		Mailadres	
Zorgverzekeraar		Polisnr.	
Opt-in*	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	MGN**	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Apotheek***	<input type="checkbox"/> Zuidlaren <input type="checkbox"/> Andere apotheek, nl:	Handtekening	

3° Huisgenoot		Aanhef	<input type="checkbox"/> Dhr <input type="checkbox"/> Mw
Roepnaam		Voorletters	
Achternaam		Tel (vast)	
Geboortedatum	- -	Tel (mobiel)	
BSN		Mailadres	
Zorgverzekeraar		Polisnr.	
Opt-in*	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	MGN**	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Apotheek***	<input type="checkbox"/> Zuidlaren <input type="checkbox"/> Andere apotheek, nl:	Handtekening	

Wilt u meer dan 3 huisgenoten registreren? Print dit formulier dan nogmaals uit