

INSCHRIJFFORMULIER

Hoofdbewoner

Naam: _____ M / V

Voorletters: _____ Roepnaam: _____

Geboortedatum: _____ E-mail: _____

Adres: _____

Postcode + Woonplaats: _____

Telefoonnr. privé: _____ Telefoonnr. werk/mobiel: _____

gehuwd ongehuwd samenwonend gescheiden weduwe/weduwnaar

Verzekeringsmaatschappij: _____ Inschrijfnummer: _____

Vorige huisarts: _____ Woonplaats huisarts: _____

Nieuwe apotheek: _____ BSN: _____

Akkoord gebruik mailadres door huisartsenpraktijk voor communicatie? ja nee

Partner

Naam: _____ M / V

Voorletters: _____ Roepnaam: _____

Geboortedatum: _____ E-mail: _____

Telefoonnr. werk/mobiel: _____

Verzekeringsmaatschappij: _____ Inschrijfnummer: _____

Vorige huisarts: _____ Woonplaats huisarts: _____

Nieuwe apotheek: _____ BSN: _____

Akkoord gebruik mailadres door huisartsenpraktijk voor communicatie? ja nee

Reden inschrijving: _____

Is er sprake van een buitenlandse ziekenhuisopname geweest afgelopen half jaar? ja nee

Ja: Wie, Waar en Wanneer _____

Kinderen

Naam	Roepnaam	Voorletters	M / V	Geb. datum	Verzekering	Inschrijfnummer	BSN	06 / e-mailadres?

Ondergetekende verklaart dat M.G. Perquin, Kapittellaan 31 te St. Odiliënberg zijn/haar/hun vaste huisarts is. Ondergetekende geeft hierbij toestemming voor het doorsturen van de medische gegevens van de vorige huisarts(en) naar de nieuwe huisarts.

Datum: Handtekening

In te vullen door de doktersassistente

Gewezen op praktijkfolder : ja nee

Datum intake gesprek:

Toestemmingsformulier LSP ontvangen ja nee

COV-controle gedaan:

ION aangemeld:

Dossier opgevraagd (fax):

ja nee

ja nee

ja nee