

Inschrijfformulier

Persoonlijk afgeven: graag uw identiteitsbewijs meenemen en indien u geen bezwaar heeft, maken we een foto voor in uw dossier / NB: balie gesloten tussen 12 en 13 uur.

Mailen: naar info@huisartsmaarsingh.nl als pdf-bestand tezamen met een kopie identiteitsbewijs en een digitale (pas)foto voor in uw dossier.

Achternaam: Geslacht: M / V

Voorletter(s): Voornaam:

Geboortedatum: Geboorteplaats:

Straatnaam: Huisnummer:

Postcode: Plaats:

E-mail:

Telefoonnummer(s):

BSN: Zorgverzekering: Polisnr.:

Apotheek*: de Wiljes de Wijert Martini , anders nl.:

**bij verhuizing de apotheek waar u zich van plan bent in te schrijven*

Vorige huisartsenpraktijk:

Plaats: E-mail:

- Ik heb mijn vorige huisarts reeds op de hoogte gesteld en ga er mee akkoord dat mijn medisch dossier verzonden wordt naar Huisartsenpraktijk Maarsingh.

Contactpersoon (*bij nood*) Naam: Telefoon:

Partner / moeder / vader / dochter / zoon / zorg / anders, namelijk:

Ik ben onder behandeling voor (*aankruisen indien van toepassing*):

- diabetes hart- en vaatziekten hoge bloeddruk
 astma COPD anders, namelijk:

Ik ontvang van mijn vorige huisarts een oproep voor de griepvaccinatie: *ja / nee*

Indien ja; ik wil graag jaarlijks een oproep blijven ontvangen: *ja / nee*

Ik ben overgevoelig/allergisch voor (*geneesmiddel & reactie*):

Mijn medische gegevens mogen gedeeld worden via het Landelijk Schakelpunt (*zie folder*): *ja / nee*

Door ondertekening van dit formulier ga ik akkoord met;

- inschrijving in deze praktijk per onderstaande datum

- registratie en verwerking van mijn persoonsgegevens (zie onze website 'Uw gegevens')

Plaats: Datum: Handtekening:

In te vullen door praktijkmedewerker: Legitimatie NP/NI/RB/BP/VD: