



Inschrijven

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:

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 **: ja / nee

Door ondertekening van dit formulier ga ik akkoord met:

- inschrijving in deze praktijk per onderstaande datum
- het opvragen van mijn medisch dossier bij mijn vorige huisarts
- registratie en verwerking van mijn persoonsgegevens **

** Meer informatie vindt u op onze website www.huisartsmaarsingh.nl > Uw gegevens

Plaats: Datum: Handtekening:

Persoonlijk afgeven

Vergeet uw identiteitsbewijs niet mee te nemen en indien u geen bezwaar heeft, maken we een foto voor in uw dossier. NB De balie is gesloten tussen 12.00 en 13.00 uur.

Mailen

Graag ontvangen we uw inschrijving als pdf-bestand op info@huisartsmaarsingh.nl tezamen met een kopie identiteitsbewijs en een digitale (pas)foto voor in uw dossier.

In te vullen door praktijkmedewerker: Legitimatie NP / NI / RB / BP / VD / anders, nml.: