**Inschrijving**

Hartelijk welkom in onze huisartsenpraktijk!

Wij hebben een aantal gegevens nodig als u zich bij ons wilt inschrijven. U kunt dit inschrijfformulier volledig

ingevuld bij de assistenten aan de balie inleveren. Graag uw legitimatiebewijs (paspoort, rijbewijs of ID-kaart)

en een verzekeringsbewijs meenemen. Als u vragen heeft kunt u contact opnemen met de assistenten.

Achternaam, voorletters:..…………………………………………………………………………………………………………………………M/V

Bent u eerder patiënt geweest bij onze huisartsenpraktijk? O Ja O Nee

Roepnaam:………………………………….……………………………………………………………………………………………………………..

Geboortedatum:……………................................................................................................................................

Geboorteplaats:…………..…………………………………………………………………………………………………………………………….

Adres:………………………………………………………………………………….Huisnummer:…….………………………………………….

Postcode:……………………………………………………Woonplaats:…….…………………………………………………………………….

Telefoonnummer(s):………………….………………………………………………………………………………………………………………..

Emailadres…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Uw zorgverzekeraar is:……………………………………………………………Polis/klantnummer:……………………………………

BSN nummer:……………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Mijn apotheek is/wordt: .................................................................................................................................

**Gegevens van mijn vorige huisarts:**

Naam vorige huisarts:………………………………………………………………………………………………….

Adres vorige huisarts:………………………………………………………………………………………………..

Postcode en woonplaats:…………………………………………………………………………………………….

***Wij verzoeken u zo snel mogelijk uw dossier op te vragen bij uw vorige huisarts en naar onze praktijk te laten sturen.***

O Ondergetekende geeft toestemming zijn/haar medische gegevens op te vragen bij de vorige huisarts. De praktijk wordt verzocht de medische gegevens via zorgmail te versturen.  
O Ondergetekende geeft toestemming relevante medische gegevens uit te wisselen met de huisartsenpost, apotheek en specialisten via het LSP. Ondertekende verklaart hierover te zijn geïnformeerd d.m.v. de folder van VZVZ of te zijn verwezen naar de website [www.vzvz.nl](http://www.vzvz.nl).

O Ondergetekende geeft toestemming een uitnodiging per mail te ontvangen voor het invullen van een vragenlijst met als doel de patiënttevredenheid te verbeteren.

Plaats:………………………………………..Datum:……………………………………..

Handtekening: …..............................................................................

**Inschrijving overige gezinsleden?**

Als u meerdere gezinsleden wilt inschrijven kunt u dit op de achterzijde invullen.

Jongeren vanaf 16 jaar en volwassenen moeten zelf toestemming geven voor inschrijving en vullen een eigen inschrijfformulier in.

**Inschrijving gezinsleden** (**tot 16 jaar**)

• Voor kinderen tot 12 jaar: alleen de toestemming en handtekening van ouder(s) of voogd(en) is nodig.

• Voor kinderen van 12 tot 16 jaar: toestemming en handtekening van zowel jongere als ouder(s) of voogd(en) is nodig.

• Kinderen/jongeren vanaf 16 jaar geven zelf toestemming en vullen een eigen formulier in.

**Kind 1:**

Achternaam en voorletters:………………………………………………………………………………………………..M/V

Voornaam:…………………………………………………………………………………………………………………………..

Geboortedatum:………………………………………………………………………………………………………………….

BSN:…………………………………………………………………………………………………………………………………….

Handtekening kind/jongere (indien kind 12-16 jaar):………………………………………………………………….

**Kind 2:**

Achternaam en voorletters:………………………………………………………………………………………………..M/V

Voornaam:…………………………………………………………………………………………………………………………..

Geboortedatum:………………………………………………………………………………………………………………….

BSN:…………………………………………………………………………………………………………………………………….

Handtekening kind/jongere (indien kind 12-16 jaar):………………………………………………………………….

**Kind 3:**

Achternaam en voorletters:………………………………………………………………………………………………..M/V

Voornaam:…………………………………………………………………………………………………………………………..

Geboortedatum:………………………………………………………………………………………………………………….

BSN:…………………………………………………………………………………………………………………………………….

Handtekening kind/jongere (indien kind 12-16 jaar):………………………………………………………………….

O Ondergetekende geeft toestemming zijn/haar medische gegevens op te vragen bij de vorige huisarts. De praktijk wordt verzocht de medische gegevens via zorgmail te versturen.  
O Ondergetekende geeft toestemming relevante medische gegevens uit te wisselen met de huisartsenpost, apotheek en specialisten via het LSP. Ondertekende verklaart hierover te zijn geïnformeerd d.m.v. de folder van VZVZ of te zijn verwezen naar de website [www.vzvz.nl](http://www.vzvz.nl).

Plaats:………………………………………..Datum:……………………………………..

Handtekening ouder(s)/voogd(en):

……………………………………………………….. ……………………………………………………

**Bedankt voor het invullen. U kunt het inschrijfformulier inleveren aan de balie.**

**In te vullen door de assistente**

**Aanname door assistente**

Inschrijving aangenomen dd:..................................... assistente:…………................................................

Legitimatie ingezien (verplicht) en kopie gekregen O Ja  
Kopie verzekeringspas: O Ja

Patiënt verzocht medisch dossier van andere huisarts op te sturen naar praktijk. O Ja O n.v.t.