**INSCHRIJFFORMULIER/ VERKLARING VAN INSCHRIJVING**

**Datum:………………………**

Wanneer u zich als patiënt in onze praktijk aanmeldt is het belangrijk dat we snel inzicht in uw gezondheidstoestand hebben. Daarom vragen we u dit formulier voor elk gezinslid in te vullen en bij de assistente in te leveren. **Bij het inleveren van dit formulier dient u uw legitimatie mee te nemen.**

**Wilt u, als dat nog niet is gebeurd, uw vorige huisarts bellen om u daar uit te laten schrijven.**

Als u behoefte heeft aan een kennismakingsgesprek, kunt u daarvoor bij de assistente een afspraak maken.

Algemene gegevens:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Achternaam: |  | man / vrouw\* |
| Meisjesnaam: |  |  |
| Voorletters: (evt. roepnaam): |  | BSN: |
| Geboortedatum: |  |  |
| Adres en postcode: |  |  |
| Telefoonnummer: |  | Mobiel: 06- |
| Burgerlijke staat: |  | E-mail: |
| Opleiding/beroep: |  |  |
| Naam zorgverzekeraar: |  | UZOVI nr.: |
| Verzekeringsnummer: |  | LSP toestemming: Ja/ Nee |
| Naam vorige huisarts: |  | |
| Adres vorige huisarts: |  | |
| Uw nieuwe huisarts is: |  | |
| Naam vorige apotheek: |  | |
| Adres vorige apotheek: |  | |
| Naam nieuwe apotheek: | | |
|  | | |

Hierbij verklaar ik als patiënt in de praktijk van de huisartsen de Groot en de Groot-Weis zijn ingeschreven, en geef toestemming om mijn medische gegevens op te vragen bij mijn vorige huisarts.

Vaassen, …....-.........-.......... (datum)

Naam:...........................................................................................

Handtekening: …...............................................................(bij minderjarigen ouders of voogd)

\*Doorhalen wat niet van toepassing is