

Inschrijfformulier Huisartspraktijk Polinder

Inschrijving per datum: ____ - ____ - ____

Om uw inschrijving goed te laten verlopen vragen wij van u het volgende:

- Dit formulier zorgvuldig in te vullen.
- Uw vorige huisarts in te lichten over uw vertrek.
- Bij de inlevering van het ingevulde inschrijfformulier een geldig identiteitsbewijs en een geldige zorgpas mee te nemen, zodat wij beschikken over de juiste documentnummers.

Uitgebreide informatie over onze praktijk vindt u op www.huisartspolinder.nl

N.B. De inschrijving is pas definitief na goedkeuring van de huisarts.

Gegevens vorige huisarts	
Naam	
Adres	
Woonplaats	
Telefoonnummer	

Hierbij geef ik mijn nieuwe huisarts toestemming om het medisch dossier op te vragen en verzoek ik mijn vorige huisarts om het dossier over te dragen en onderstaande perso(o)n(en) uit te schrijven.

Uw gegevens	
Naam en voorletters	
Roepnaam	
Geboortedatum	
Adres	
Postcode en woonplaats	
Telefoonnummer	
Burgerservicenummer	
Naam zorgverzekering	
Verzekeringsnummer	

Krijgt u jaarlijks de griepvaccinatie	Ja / Nee
Allergieën/Overgevoeligheden	
Handtekening	

Overige personen	
Naam en voorletters	
Roepnaam	
Geboortedatum	
Adres	
Postcode en woonplaats	
Telefoonnummer	
Burgerservicenummer	
Naam zorgverzekering	
Verzekeringsnummer	
Krijgt u jaarlijks de griepvaccinatie?	Ja / Nee
Allergieën/Overgevoeligheden	
Handtekening	

Overige personen	
Naam en voorletters	
Roepnaam	
Geboortedatum	
Adres	
Postcode en woonplaats	
Telefoonnummer	
Burgerservicenummer	
Naam zorgverzekering	
Verzekeringsnummer	
Krijgt u jaarlijks de griepvaccinatie?	Ja / Nee
Allergieën/Overgevoeligheden	
Handtekening	

Overige personen	
Naam en voorletters	
Roepnaam	
Geboortedatum	
Adres	
Postcode en woonplaats	
Telefoonnummer	
Burgerservicenummer	
Naam zorgverzekering	
Verzekeringsnummer	
Krijgt u jaarlijks de griepvaccinatie?	Ja / Nee
Allergieën/Overgevoeligheden	
Handtekening	

Overige personen	
Naam en voorletters	
Roepnaam	
Geboortedatum	
Adres	
Postcode en woonplaats	
Telefoonnummer	
Burgerservicenummer	
Naam zorgverzekering	
Verzekeringsnummer	
Krijgt u jaarlijks de griepvaccinatie?	Ja / Nee
Allergieën/Overgevoeligheden	
Handtekening	