

Inschrijfformulier Huisartsenpraktijk Gezondheidscentrum Achtse Barrier

Franssebaan 586 5627 RE Eindhoven

Tel: 040-2425425 fax: 040-2429065

In te schrijven bij huisarts: M.L.F. Klomp/Mevr. J.M. de Groot-Penders E.M. Martin Mevr. C.M. Staal

LET OP: legitimatie bij inschrijving met paspoort/rijbewijs/identiteitskaart is voor alle gezinsleden wettelijk verplicht.

1. Hoofdbewoner:

Naam: _____ M / V BSN: _____

Voorletters: _____ Roepnaam: _____

Geboortedatum: _____ E-mail: _____

Adres: _____

Postcode + woonplaats: _____

Telefoonnr. privé: _____ Telefoonnr. werk/mobiel: _____

gehuwd ongehuwd samenwonend gescheiden weduwe/weduwnaar

Verzekeringsmaatschappij: _____ Inschrijfnr.: _____

Vorige huisarts: _____ Woonplaats huisarts: _____

Vorige apotheek: _____ Nieuwe apotheek: _____

2. Partner:

Naam: _____ M / V BSN: _____

Voorletters: _____ Roepnaam: _____

Geboortedatum: _____ E-mail: _____

Telefoonnr. werk/mobiel: _____

Verzekeringsmaatschappij: _____ Inschrijfnr.: _____

Vorige huisarts: _____ Woonplaats huisarts: _____

Vorige apotheek: _____ Nieuwe apotheek: _____

Reden inschrijving: _____

Kinderen:

Naam	Roepnaam	Voorletters	m/v	Geb.datum	Verzekerings maatschappij	Polisnummer
			m/v			
			m/v			
			m/v			
			m/v			

Ondergetekende geeft hierbij toestemming voor het doorsturen van het elektronisch medisch dossier van de vorige huisarts naar de nieuwe huisarts.

(NB u draagt zelf zorg voor het opvragen van het schriftelijk medisch dossier bij uw vorige huisarts)

Handtekening..... Datum.....

In te vullen door de doktersassistente: Datum intake gesprek: _____

Praktijkfolder meegegeven: ja nee Inschrijfdatum: _____ Dossiernr: _____

1. Rijbewijs / paspoort / identiteitskaart: nr _____ 2. Rijbewijs / paspoort / identiteitskaart: nr _____

3. Rijbewijs / paspoort / identiteitskaart: nr _____ 4. Rijbewijs / paspoort / identiteitskaart: nr _____