

Verklaring van inschrijving bij Huisartsenpraktijk Sonnenschein

Achternaam(+meisjesnaam)				Man/vrouw
Voorletters		Voornaam volledig		
Geboortedatum		Bsn nummer		
Straat & huisnummer		Postcode		
Woonplaats				
Telefoonnummer thuis		Mobiel		
E-mail adres				
Naam zorgverzekering		Verzekerde nummer		
Naam nieuwe apotheek				
*Uw medische gegevens elektronisch delen? Ja/Nee Handtekening:				

*Uw medische gegevens elektronisch uitwisselen:

Alleen huisartsen, waarnemend huisartsen (huisartsenpost), apothekers en medisch specialisten kunnen uw belangrijkste medische gegevens inzien. LSP www.vzvz.nl

Neem uw legitimatiebewijs en verzekeringspas mee bij het inleveren van dit formulier, ook van uw gezinsleden.

Verklaart hierbij per _____ (datum) als patiënt ingeschreven te staan bij huisarts Sonnenschein.

Hierbij geef ik ook toestemming om mijn medisch dossier op te vragen bij de vorige huisarts.

Naam en adres vorige huisarts: _____

*Dit geldt **ook** voor de volgende personen op dit adres: Handtekening van alle gezinsleden (vanaf 12 jaar zelf tekenen.)*

Partner:

Achternaam(meisjesachternaam)				Man/vrouw
Voorletters		Voornaam volledig		
Geboortedatum		Bsn nummer		
Telefoon Mobiel		E-mailadres		
Naam zorgverzekering		Verzekerde nummer		
*Uw medische gegevens elektronisch delen? Ja/Nee Handtekening:				

*Uw medische gegevens elektronisch uitwisselen:

Alleen huisartsen, waarnemend huisartsen (huisartsenpost), apothekers en medisch specialisten kunnen uw belangrijkste medische gegevens inzien. LSP www.vzvz.nl

Neem uw legitimatiebewijs en verzekeringspas mee bij het inleveren van dit formulier, ook van uw gezinsleden.

Handtekening van alle gezinsleden (vanaf 12 jaar zelf tekenen.)

Kinderen:

Achternaam		Man/vrouw
Voorletters	Voornaam volledig	
Geboortedatum	Bsn nummer	
Telefoon Mobiel	E-mailadres	
Naam zorgverzekering	Verzekerde nummer	
*Uw medische gegevens elektronisch delen? Ja/Nee Handtekening:		

Achternaam		Man/vrouw
Voorletters	Voornaam volledig	
Geboortedatum	Bsn nummer	
Telefoon Mobiel	E-mailadres	
Naam zorgverzekering	Verzekerde nummer	
*Uw medische gegevens elektronisch delen? Ja/Nee Handtekening:		

Achternaam		Man/vrouw
Voorletters	Voornaam volledig	
Geboortedatum	Bsn nummer	
Telefoon Mobiel	E-mailadres	
Naam zorgverzekering	Verzekerde nummer	
*Uw medische gegevens elektronisch delen? Ja/Nee Handtekening:		

Achternaam		Man/vrouw
Voorletters	Voornaam volledig	
Geboortedatum	Bsn nummer	
Telefoon Mobiel	E-mailadres	
Naam zorgverzekering	Verzekerde nummer	
*Uw medische gegevens elektronisch delen? Ja/Nee Handtekening:		

***Uw medische gegevens elektronisch uitwisselen:**

Alleen huisartsen, waarnemend huisartsen (huisartsenpost), apothekers en medisch specialisten kunnen uw belangrijkste medische gegevens inzien. LSP www.vzvz.nl

Neem uw legitimatiebewijs en verzekeringspas mee bij het inleveren van dit formulier, ook van uw gezinsleden.