

Huisartsenpraktijk Neede
Buizerdstraat 3
7161HZ Neede
Tel; 0545-294767
Fax: 0545- 292530
www.huisartsenneede.praktijkinfo.nl

Hartelijk welkom in de Huisartsenpraktijk.

Om in de praktijk ingeschreven te kunnen worden is het noodzakelijk het inschrijfformulier zo volledig mogelijk in te vullen.

Wilt u hierbij letten op de volgende zaken:

- Per persoon of gezinslid graag een apart inschrijvingsformulier invullen. Kinderen van 12 jaar en ouder dienen zelf te ondertekenen.
- Sinds 1 juni 2009 is er een wettelijke verplichting tot legitimatie.
- Daarom graag een kopie van een geldig legitimatiebewijs bijvoegen.

Voor een goede overdracht van medische gegevens is het tevens van belang om over uw medisch dossier te kunnen beschikken. Wij willen u vragen om dit zelf op te vragen bij uw vorige huisarts. De huisarts kan het dan opsturen naar onze praktijk.

Het ingevulde formulier kunt u:

- Opsturen naar bovenstaand adres
- Of langsbrengen.

Verder vragen wij u om het toestemmingsformulier voor het elektronisch uitwisselen van medische gegevens in te vullen en te retourneren. Voor meer informatie zie www.vzvz.nl.

Inschrijven bij Apotheek Neede staat los van deze inschrijving. Graag daar informeren naar de inschrijving.

Met vriendelijke groet,

M. Schaap
H.M. Lankveld
M.W.A. Knufing
J.M. Radstake
R. van Balen

Inschrijfformulier

Geslacht O man O vrouw

Voorletters _____

Roepnaam _____

Achternaam _____

Geboortedatum _____

Burgerservicenummer _____

Documentnummer ID/ Paspoort _____

Straatnaam/ huisnr _____

Postcode/ woonplaats _____

Mobiel _____

Email _____

Zorgverzekeraar _____

Polis nummer _____

Nieuwe apotheek _____

Vorige huisarts _____

Voorkeur huisarts(en) Neede _____

Datum nieuw woonadres _____

Handtekening _____

Plaats _____ Datum _____

Inschrijfformulier

Geslacht O man O vrouw

Voorletters _____

Roepnaam _____

Achternaam _____

Geboortedatum _____

Burgerservicenummer _____

Documentnummer ID/ Paspoort _____

Straatnaam/ huisnr _____

Postcode/ woonplaats _____

Mobiel _____

Email _____

Zorgverzekeraar _____

Polis nummer _____

Nieuwe apotheek _____

Vorige huisarts _____

Voorkeur huisarts(en) Neede _____

Datum nieuw woonadres _____

Handtekening _____

Plaats _____ Datum _____