



Hartelijk welkom in onze huisartsenpraktijk!

Wanneer u zich als nieuwe patiënt in wil laten schrijven in onze praktijk, is het noodzakelijk dat u het bijgaande inschrijfformulier volledig invult.

Wilt u hierbij letten op de volgende zaken:

- Vult u per persoon of gezinslid een apart inschrijvingsformulier in;
- Kinderen van 12 jaar en ouder dienen het inschrijfformulier 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 zorgverlening is het van belang om over uw medisch dossier te beschikken. Daarom is de overdracht van uw vorige huisarts hierbij belangrijk. Wij willen u vragen om deze medische gegevens zelf op te vragen bij uw huidige huisarts en deze naar onze praktijk te laten sturen. De huisarts is op de hoogte hoe hij dit kan doen.

Het ingevulde inschrijfformulier kunt u:

- opsturen naar de praktijk (Buizerdstraat 3, 7161 HZ Neede);
- of afgeven aan de balie.

Tot slot 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.

Ook een andere apotheek?

Wanneer u bij onze praktijk bent ingeschreven betekent dit niet dat u ook automatisch bij apotheek Neede bent ingeschreven. Inschrijven bij de apotheek staat los van deze inschrijving en moet u daar ter plekke ook regelen. Bij de apotheek kunnen ze u hier nadere informatie over geven.

Voorkeur huisarts?

U kunt op het inschrijfformulier een voorkeur voor huisarts aangeven. Wij proberen hier altijd rekening mee te houden maar we kunnen dit niet altijd garanderen. Als u dit wenst plannen we een kennismakingsgesprek met uw nieuwe huisarts in.

*Met vriendelijke groet,
namens de huisartsen*

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

Geslacht	Man / Vrouw *
Voorletters	
Roepnaam	
Achternaam	
Geboortedatum	
Burgerservicenummer (BSN)	
Documentnr. paspoort ID	
Straatnaam en huisnummer	
Postcode en woonplaats	
Telefoonnummer	
Mobiel nummer	
Emailadres	
Zorgverzekeraar	
Polisnummer	
Heeft u een WLZ-indicatie? (Wet Langdurige Zorg via ClZ)	Ja / Nee * Zo ja, wat is uw zzp:
Naam vorige huisarts	
Heeft u een voorkeur voor één van de huisartsen? **	
Naam nieuwe apotheek	
Ingangsdatum nieuw woonadres	
Handtekening	
Plaats,	Datum,

* s.v.p. doorhalen wat niet van toepassing is

** Wij doen ons best om u te plaatsen bij de huisarts van uw voorkeur. Wij kunnen u dit niet garanderen.

Geslacht	Man / Vrouw *
Voorletters	
Roepnaam	
Achternaam	
Geboortedatum	
Burgerservicenummer (BSN)	
Documentnr. paspoort ID	
Straatnaam en huisnummer	
Postcode en woonplaats	
Telefoonnummer	
Mobiel nummer	
Emailadres	
Zorgverzekeraar	
Polisnummer	
Heeft u een WLZ-indicatie? (Wet Langdurige Zorg via ClZ)	Ja / Nee * Zo ja, wat is uw zzp:
Naam vorige huisarts	
Heeft u een voorkeur voor één van de huisartsen? **	
Naam nieuwe apotheek	
Ingangsdatum nieuw woonadres	
Handtekening	
Plaats,	Datum,

* s.v.p. doorhalen wat niet van toepassing is

** Wij doen ons best om u te plaatsen bij de huisarts van uw voorkeur. Wij kunnen u dit niet garanderen.