

INSCHRIJVINGSFORMULIER

Datum:

Houdt uw ID, rijbewijs (NL), paspoort, uittreksel BRP of vreemdelingendocument bij de hand voor uw BSN

Achternaam (+meisjesachternaam)				Man/Vrouw
Voorletters		Voornaam		
Straat & huisnummer				
Postcode		Woonplaats		
Geboortedatum		BSN nummer		
Telefoon nummer thuis		Telefoon nr. mobiel		
E-mailadres				
Naam verzekering		Nummer		
Naam apotheek				

Verklaart hierbij per(datum per wanneer) als patiënt ingeschreven te staan bij **Huisartspraktijk Kruiskamp**

Dit geldt ook voor de volgende personen op dit adres:

Achternaam				Man/Vrouw
Voorletters		Voornaam		
Geb. datum		BSN nummer		
Tel. mobiel		E-mailadres		
Zorgverzekering		Verzekerde nr.		

Achternaam				Man/Vrouw
Voorletters		Voornaam		
Geb. datum		BSN nummer		
Tel. mobiel		E-mailadres		
Zorgverzekering		Verzekerde nr.		

Achternaam				Man/Vrouw
Voorletters		Voornaam		
Geb. datum		BSN nummer		
Tel. mobiel		E-mailadres		
Zorgverzekering		Verzekerde nr.		

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

Bij kinderen onder de 12 jaar dienen beide gezagdragers (ouders, die het gezag over het kind hebben) toestemming te verlenen voor het inschrijven en uitschrijven in de praktijk.

Bij 12-17 is toestemming nodig van Kind + gezagdragers en vanaf 17 kan alleen kind toestemming geven.

(Deze toestemming toevoegen aan correspondentie/in journaal vermelden)

Stuur het ingevulde formulier op naar de praktijk. U wordt dan gebeld over uw inschrijving en een afspraak voor legitimatie en/of kennismaking. U kunt ook een afspraak maken voor inleveren en daarbij direct uzelf legitimeren.

Nadat de inschrijving definitief is wordt u verzocht uw vorige huisarts op de hoogte te stellen en te vragen uw dossier veilig op te laten sturen naar onze praktijk.