Huisartsenpraktijk de Linie

De Linie 7

2905 AX Capelle aan den IJssel

# Inschrijfformulier nieuwe patiënten

(Gaarne bij het inleveren van dit formulier kopie legitimatiebewijs meenemen, deze wordt direct na controle vernietigd.)

# Inschrijfgegevens

Ondergetekende verklaart dat hij/zij wil worden ingeschreven in de huisartsenpraktijk de Linie te Capelle aan den IJssel.

Achternaam: ……………………………………………………………….Voorletters:………………………………………………………..

Adres:………………………………………………………………………………………………………………………………………...………......

Postcode:……………………………………..Plaats:…………………………………………………………………………...…………………..

Tel: (vast):…………………………………………………………Tel (mobiel):…………………………………………………..……………

Email adres: …………………………………………………………………………………………………………………………………………...

Geboortedatum:…………………………………………….…………………….Geslacht (M of V):…………………….…………………

Burger Service Nummer (BSN):………………………………………………………………………………….……………......................

Documentnummer Legitimatiebewijs (paspoort/rijbewijs/ID kaart)………………………………………………………...

Zorgverzekeraar:……………………………………………………..……..Polisnummer:………………………………………………….

Naam en adresgegevens vorige huisarts:…………………………………………………………………………………………………

Voorkeurs apotheek: Benu Apotheek Oostgaarde / andere namelijk ………………………………………………………...

Eventuele huisgenoten: documentnummer legitimatie (paspoort/rijbewijs/ID kaart) ………………………………

Eventuele huisgenoten email adressen: …………………………………………………………………………………………………..

**Minderjarige huisgenoten (let op: voor iedere huisgenoot boven 18 jaar dient een eigen formulier ingevuld te worden)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   | Voorletters en achternaam  | Geboortedatum, geslacht (M/V)  | BSN  | Zorgverzekeraar  | Polisnummer  |
| 1  |   |   |   |   |    |
| 2  |   |   |   |   |    |
| 3  |   |   |   |   |    |
| 4  |   |   |   |   |    |

 **Hierbij verklaart ondergetekende, dat hij/zij hierbij ingeschreven is in de praktijk van dr. M.J. van Welie en verleent hierbij toestemming aan de vorige huisarts(en) tot uitschrijving en opsturen van het medisch dossier.**

Datum:……………………………………..Handtekening:……………………………………………………………………..…

LSP Ik geef toestemming om mijn medische gegevens te delen met de huisartsenpost.

JA / NEE Handtekening :

Wilt u gebruik maken van mijngezondheid.net, zodat u inzage heeft in uw medische gegevens, medicatie online kan herhalen maar ook gebruik kunt maken van e-consult of online afspraken inplannen?

JA / NEE

Voor assistente van Huisartsenpraktijk de Linie

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| WID | COV | ION | LSP | MGN | INITIALEN:  |