

**INSCHRIJFFORMULIER**

Voornaam	
Voorletters	
Achternaam	
Geboortenaam	
Geslacht	
Geboortedatum	
Geboorteplaats	
Straat en huisnummer	
Postcode	
Telefoon thuis	
Telefoon mobiel	
E-mail adres	
Burgelijke staat	
Verzekering en polisnummer	
Paspoort/ID kaart en nummer	
BSN nummer	
Apotheek	
Naam vorige huisarts	
Ik geeft toestemming aan mijn vorige huisarts/apotheek mijn medisch dossier over te dragen aan mijn nieuwe huisarts.	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee
Ik geef toestemming aan onderstaande huisarts en apotheek voor het uitwisselen van medische gegevens door deze beschikbaar te stellen via het LSP	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee * Voor informatie: <a href="http://www.ikgeeftoestemming.nl">www.ikgeeftoestemming.nl</a>
Krijgt u een griepvaccinatie?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee
Op basis van welke indicatie?	<input type="radio"/> leeftijd <input type="radio"/> medische indicatie <input type="radio"/> beide
Bij welke huisarts/praktijk (zorgverlener) wilt u zich inschrijven?	

Wilt u een afspraak maken voor een kennismakingsgesprek? Neemt u dan contact op met de praktijk. Wij zijn genooddaakt een controle van uw ID bewijs uit te vroeren bij uw eerstvolgende bezoek aan ons Gezondheidscentrum.

Datum:.....Handtekening: