

Inschrijfdatum:

Welkom in het Gezondheidscentrum de Weide.

Onderstaande gegevens hebben wij nodig om u correct in te kunnen schrijven

Wilt u het formulier volledig invullen?

Naam: _____ Man / Vrouw*

Roepnaam: _____

Voorletters: _____ Geboortedatum: _____ BSN: _____

Burgerlijke staat: gehuwd / gescheiden / ongehuwd / samenwonend / weduwstaat*

Beroep: _____

Adres: _____

Postcode: _____ Plaats: _____

Telefoon: _____ Mobiel: _____

E-mail : _____

Nummer Paspoort/ID kaart/rijbewijs/vreemdelingendocument: _____

Naam ziektekostenverzekeraar: _____

Inschrijfnummer/polisnummer: _____

Naam apotheek: _____

Naam vorige huisarts: _____

Plaats vorige huisarts: _____ Telefoon: _____

Geeft u toestemming voor het opvragen van uw medisch dossier: **Ja / Nee***

Ik geef toestemming voor het elektronisch uitwisselen van mijn gegevens via de zorginfrastructuur: **Ja / Nee***

(Kijk voor informatie op <https://www.volgjezorg.nl>)

Handtekening (vanaf 16 jaar):

Voor kinderen jonger dan 16 jaar handtekening ouder(s):

Vanaf 16 jaar kunt u digitaal communiceren, wilt u digitaal communiceren met uw huisarts, via MijnGezondheid.net?

Ja / Nee* (Wij nodigen u uit).

*** Doorhalen wat niet van toepassing is**

- ☐ Graag dit formulier afgeven bij de assistente. Bij inlevering vragen wij u om een geldig legitimatiebewijs te tonen. (Als u meerdere formulieren afgeeft, neemt u dan ook de daarbij behorende legitimatiebewijzen mee).
- ☐ Wij verzoeken u zelf uw vorige huisarts in te lichten over de wijziging van huisarts

In te vullen door de doktersassistente:

Ingeschreven bij huisarts: ☐ van Til ☐ Blokzijl ☐ Glas ☐ Scheffers ☐ Oosterhof ☐ van Riswick

Datum ontvangen formulier: _____