**Inschrijfformulier huisartsenpraktijk Dokter Weissmann.**

**N.B. alvorens dit formulier in te vullen en in te leveren verzoeken wij u telefonisch contact op te nemen met de praktijk om na te gaan of er ruimte is voor nieuwe patiënten.**

Huisarts: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Inschrijving per: \_\_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_\_- \_\_\_\_\_\_\_

**Om de inschrijving goed te laten verlopen vragen wij van u het volgende:**

* Dit formulier zorgvuldig in te vullen
* Uw vorige huisarts in te lichten over uw vertrek
* Bij de inlevering van het ingevulde inschrijfformulier een geldig identiteitsbewijs en een geldige zorgpas mee te nemen of een kopie ervan, zodat wij de documentnummers kunnen noteren.

**Uitgebreide informatie over de praktijk kunt u vinden op:**

[www.huisartsenpraktijkweissmann.nl](http://www.huisartsenpraktijkweissmann.nl)

**N.B. De inschrijving is pas definitief na goedkeuring van de huisarts.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Gegevens vorige Huisarts.** | |
| **Naam:** |  |
| **Adres:** |  |
| **Woonplaats:** |  |
| **Telefoonnummer:** |  |

Hierbij geef ik mijn nieuwe huisarts toestemming om het medisch dossier op te vragen en verzoek ik mijn vorige huisarts om het dossier over te dragen en onderstaande persoon/personen uit te schrijven.

|  |  |
| --- | --- |
| **Uw gegevens** | |
| Naam en voorletters |  |
| Roepnaam |  |
| Geboortedatum |  |
| Adres |  |
| Postcode en woonplaats |  |
| Telefoonnummer |  |
| Burgerservicenummer |  |
| Naam zorgverzekering |  |
| Verzekeringsnummer |  |
| Welke Apotheek? |  |
| Allergieën/ overgevoeligheden |  |
| Krijgt u jaarlijks de griepvaccinatie? | Ja/Nee |

|  |  |
| --- | --- |
| **Overige personen** | |
| Naam en voorletters |  |
| Roepnaam |  |
| Geboortedatum |  |
| Adres |  |
| Postcode en woonplaats |  |
| Telefoonnummer |  |
| Burgerservicenummer |  |
| Naam zorgverzekeraar |  |
| Verzekeringsnummer |  |
| Welke apotheek? |  |
| Allergieën/ overgevoeligheden |  |
| Krijgt u jaarlijks de griepvaccinatie? | Ja/ Nee |

|  |  |
| --- | --- |
| **Overige personen** | |
| Naam en voorletters |  |
| Roepnaam |  |
| Geboortedatum |  |
| Adres |  |
| Postcode en woonplaats |  |
| Telefoonnummer |  |
| Burgerservicenummer |  |
| Naam zorgverzekeraar |  |
| Verzekeringsnummer |  |
| Welke apotheek? |  |
| Allergieën/ overgevoeligheden |  |
| Krijgt u jaarlijks de griepvaccinatie? | Ja/ Nee |

|  |  |
| --- | --- |
| **Overige personen** | |
| Naam en voorletters |  |
| Roepnaam |  |
| Geboortedatum |  |
| Adres |  |
| Postcode en woonplaats |  |
| Telefoonnummer |  |
| Burgerservicenummer |  |
| Naam zorgverzekeraar |  |
| Verzekeringsnummer |  |
| Welke apotheek? |  |
| Allergieën/ overgevoeligheden |  |
| Krijgt u jaarlijks de griepvaccinatie? | Ja/ Nee |

|  |  |
| --- | --- |
| **Overige personen** | |
| Naam en voorletters |  |
| Roepnaam |  |
| Geboortedatum |  |
| Adres |  |
| Postcode en woonplaats |  |
| Telefoonnummer |  |
| Burgerservicenummer |  |
| Naam zorgverzekeraar |  |
| Verzekeringsnummer |  |
| Welke apotheek? |  |
| Allergieën/ overgevoeligheden |  |
| Krijgt u jaarlijks de griepvaccinatie? | Ja/ Nee |