**Inschrijfformulier Hap De Rode Hoed**

**Dingspelstraat 16**

**9411 AN Beilen**

**0593-525666**

Om u in te schrijven in onze huisartsenpraktijk willen wij u vragen dit formulier zo volledig mogelijk in te vullen, te ondertekenen en in te leveren of op te sturen.

|  |
| --- |
| Hoofdbewoner |
| Straatnaam |  | Postcode |  |
| Woonplaats |  |  |  |
| Voorletter(s)+ naam |  | Geslacht |  Man / Vrouw |
| Geboortedatum |  | BSN-nummer |  |
| Mobielnummer |  | E-mail adres |  |
| Zorgverzekering |  | Polis-nummer |  |
| Documentnummer ID/paspoort/rijbewijs: |
|  |
| Partner |
| Voorletter(s)+ naam |  | Geslacht |  Man / Vrouw |
| Geboortedatum |  | BSN-nummer |  |
| Mobielnummer |  | E-mail adres |  |
| Zorgverzekering |  | Polis-nummer |  |
| Documentnummer ID/paspoort/rijbewijs: |
|  |
| Overige gezinsleden |
| Voorletter(s)+ naam |  | Geslacht |  Man / Vrouw |
| Geboortedatum |  | BSN-nummer |  |
| Mobielnummer |  | E-mail adres |  |
| Zorgverzekering |  | Polis-nummer |  |
| Documentnummer ID/paspoort/rijbewijs: |
|  |
| Voorletter(s)+ naam |  | Geslacht |  Man / Vrouw |
| Geboortedatum |  | BSN-nummer |  |
| Mobielnummer |  | E-mail adres |  |
| Zorgverzekering |  | Polis-nummer |  |
| Documentnummer ID/paspoort/rijbewijs: |
|  |
| Vorige Huisarts |
| Naam |  | Woonplaats |  |

Akkoord met het delen van uw medische gegevens via het LSP ( Landelijk Schakelpunt ) JA / NEE

Voor meer informatie zie [www.volgjezorg.nl](http://www.volgjezorg.nl/)

 z.o.z

NB: vermeld per persoon eventuele allergie of overgevoeligheid:

Hierbij geef ik huisartsenpraktijk De Rode Hoed toestemming voor het opvragen van de medische gegevens bij de vorige huisarts. ( kinderen van 12 jaar en ouder dienen zelf te tekenen )

 T.a.v. de Huisarts: Wilt u het dossier via ZorgMail verzenden**.**

Handtekening: Datum:

In te vullen door huisartsenpraktijk: Datum/paraaf:

Ingeschreven: ……………………

Ion aangemeld: ……………………

LSP aangemeld: ……………………

Dossier ontvangen: …………………….