



## Inschrijfformulier Huisartsenpraktijk De Draai

Wilt u aan uw vorige huisarts doorgeven dat u zich bij onze praktijk he ingeschreven? Dan kunnen wij daar uw dossier opvragen.

Voor ieder familielid moet een eigen formulier worden ingevuld.

|  |   |
|--|---|
| <b>Algemene gegevens</b>   |   |
| Datum van inschrijving   |   |
| Achternaam   |   |
| Meisjesnaam  |   |
| Voorletters  |   |
| Voornamen  |   |
| Geboortedatum  |   |
| Geslacht   |   |
| Adres  |   |
| Postcode   |   |
| Woonplaats   |   |
| Telefoonnummer   |   |
| Mobiel nummer  |   |
| E-mailadres<br><i>Voor elk familielid vanaf 16 jaar bij voorkeur een apart e-mailadres</i>   |   |
| Met wie woont u op hetzelfde adres?<br><i>Graag naam en geboortedatum vermelden om huisgenoten te kunnen koppelen. Voor iedereen een apart inschrijfformulier invullen. Indien huisgenoten zich niet willen inschrijven of u niet gekoppeld wilt worden, svp ook vermelden.</i>  |   |
| BSN-nummer<br><i>Graag identificeren met ID bij uw eerste bezoek aan de praktijk of via videoconsult</i>   |   |
| Naam zorgverzekeraar   |   |
| Polisnummer  |   |
| Bij welke apotheek wilt u medicatie ophalen?<br><i>Om gebruik te maken van de mogelijkheden van MijnGezondheid.net en de MedGemak-app voor de apotheek, dient u zichzelf hiervoor aan te melden bij de apotheek. Verhuist u binnen Heerhugowaard, dan moet u zelf bij de apotheek een eventuele wijziging doorgeven.</i> | <ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> ACN apotheek Centrumwaard</li><li><input type="radio"/> ACN apotheek Middenwaard</li><li><input type="radio"/> ACN apotheek Stad van de Zon</li><li><input type="radio"/> Anders:</li></ul> |

|  |  |
|--|--|
| Vorige huisarts<br>(Naam, adres en telefoonnummer)   |  |
| Vorige apotheek<br>(Naam, adres en telefoonnummer)   |  |
| De huisartsen vragen uw toestemming voor inzage in uw dossier tijdens een waarneming elders. Bijvoorbeeld in de avond, nacht en weekend uren maar ook tijdens waarnemingen door andere huisartsen in de buurt.<br>De voorwaarden en toelichting hierover vindt u op de website van uw huisarts onder het kopje VZVZ/LSP. |  |
| Hiervoor moet getekend worden voor iedereen die 16 jaar en ouder is:   |  |
| Datum  |  |
| Handtekening   | <input type="radio"/> Ja, ik ga akkoord<br><input type="radio"/> Nee, ik ga niet akkoord |