



INSCHRIJFFORMULIER

Naam: M/V
Voorletters/voornaam:
Geboortedatum:
Adres:
Postcode en woonplaats:
Telefoonnummer:
Mobiel telefoonnummer:
E-mailadres:
Burgerservicenummer (BSN):
Zorgverzekeraar:
Verzekeringsnummer:
Oude huisarts (naam en plaats):

Nummer legitimatiebewijs:paspoort / ID-kaart / rijbewijs

U dient zich bij het eerste bezoek eenmalig bij de assistente te legitimeren. (wettelijke verplichting)
Gelegitimeerd?

- Ja, ik ga akkoord met het beschikbaar stellen van mijn gegevens voor raadpleging door andere zorgaanbieders (oa huisartsenpost, apotheek en ziekenhuis) via het LSP. (voor meer informatie: www.VZVZ.nl)
- Nee, ik ga niet akkoord.

**Verklaart hierbij dat hij/zij met ingang van-.....-20.....
als patiënt staat ingeschreven in bovengenoemde praktijk.**

Plaats:

Datum:

Handtekening:

