|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **VERKLARING INSCHRIJVING NIEUWE HUISARTS**  *met blokletters invullen .a.u.b.*  Vanwege administratieve redenen is het noodzakelijk om alle gevraagde gegevens volledig in te vullen, anders is inschrijving niet mogelijk. | | | |
|  | | | |
| Achternaam | |  | |
| Voorletters | |  | |
| Roepnaam | |  | |
| Geslacht | |  | |
| Geboortedatum | |  | |
| Geboorteplaats | |  | |
| Adres | |  | |
| Postcode/Woonplaats | |  | |
| Telefoon/mobiel | |  | |
| E-mailadres | |  | |
|  | | | |
| Naam vorige huisarts | |  | |
| Adres | |  | |
| Postcode/Woonplaats | |  | |
|  | | | |
| Verzekerd bij (UZOVI-nummer) | |  | |
| Inschrijvingsnummer bij verzekering | |  | |
| Burger Service Nummer (BSN) | |  | |
|  | | | |
| Gegevens nieuwe apotheek | |  | |
| Adres | |  | |
| Postcode/Woonplaats | |  | |
|  | | | |
| Soort legitimatiebewijs | |  | |
| Nummer legitimatiebewijs | |  | |
| **Graag uw legitimatiebewijs meenemen naar de praktijk ter controle.** | | | |
|  | | | |
| Ondergetekende verklaart hierbij dat hij/zij sinds (datum) …..-…..-…….. staat ingeschreven bij ondergenoemde praktijk.  *(Wij verzoeken nieuwe patiënten vooraf te informeren of inschrijving bij de huisarts van keuze nog mogelijk is.)* | | | |
| **Dhr. J.H. Sportel** | **Dhr. J.A. Nikkels** | | **Mw. E. Klein Horsman** |
|  | | | |
| Ondergetekende geeft toestemming om zijn/haar oude medische gegevens op te vragen bij de vorige huisarts.  *Bij minderjarigen wordt het formulier getekend door de ouder/verzorger.* | | | |
|  | | | |
| Ruurlo, Datum | |  | |
| Handtekening | |  | |