**Inschrijf formulier Huisartsenpraktijk Getijden 2 huisarts W.T.P.Umans**

Koudekerkseweg 86 4382ED Vlissingen telnr. 0118-412525

Email: getijden2@getijdendokters.nl

|  |
| --- |
| **Persoonsgegevens** |

|  |  |
| --- | --- |
| Achternaam |  |
| Meisjes naam |  |
| Voorletters |  |
| Roepnaam |  |
| Geboortedatum |  |
| Geslacht | V /M |
| Burgerlijke staat |  alleenstaand / samenwonend / gehuwd/  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **Adresgegevens** |

|  |  |
| --- | --- |
| Straat |  |
| Huisnummer |  |
| Postcode |  |
| Woonplaats |  |
| Telefoon | Mobiel: Vast: |
| Email |  |

|  |
| --- |
| **Verzekeringsgegevens , BSN en ID bewijs** |

|  |  |
| --- | --- |
| Zorgverzekering |  |
| Verzekeringsnummer |  |
| Burgerservice nummer |  |
| ID bewijs  | Soort document: Nr:  |

|  |
| --- |
| **Gegevens vorige huisarts** |

|  |  |
| --- | --- |
| Naam |  |
| Woonplaats |  |

|  |
| --- |
| **Gegevens (nieuwe) apotheek** |

|  |  |
| --- | --- |
| Naam |  |

|  |
| --- |
| **Reden van inschrijving (bijv. verhuizing) :**  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **Graag omcirkelen wat van toepassing is :****U verleent toestemming tot:** **Het opvragen van uw medische gegevens bij uw vorige huisarts , dit is noodzakelijk voor het leveren van medische zorg door onze praktijk.**  **Ja / Nee**  **---------------------****U verleent toestemming aan de huisarts , uw apotheek en huisartsenpost om gegevens uit te wisselen via het Landelijk Schakelpunt:** **Ja / Nee** **Meer informatie en mogelijkheid om direct toestemming te verlenen voor uitwisseling medische gegevens te vind U op onze website van onze praktijk:** [**www.getijdendokters.nl**](http://www.getijdendokters.nl) **/ Getijden 2 uitwisseling medische gegevens**  |

Vragen of opmerkingen:

Naar waarheid ingevuld,

Datum: Handtekening:

Versie 6/ 11-1-2021