

Inschrijfformulier nieuwe patiënten

Huisarts: **HKN Praktijk**

Inschrijving per: _____ - _____ - _____

Om de inschrijving goed te laten verlopen vragen wij van u het volgende:

- Dit formulier zorgvuldig in te vullen.
- Bij de inlevering van het ingevulde inschrijfformulier een geldig identiteitsbewijs en een geldige zorgpas mee te nemen, zodat wij het/de documentnummer(s) kunnen controleren.

N.B. Zijn er meerdere gezinsleden? Dan dient u voor elk gezinslid een inschrijfformulier in te vullen.

Uw gegevens

Man **Vrouw**

Achternaam: _____

Meisjesnaam: _____

Initialen: _____

Voornaam: _____

Geboortedatum: _____

Straat en huisnummer: _____

Postcode en woonplaats: _____

Telefoonnummer 1: _____

Telefoonnummer 2: _____

E-mailadres: _____

Burgerservicenummer: _____

Naam zorgverzekering: _____

Verzekeringsnummer: _____

Document: Rijbewijs / Paspoort / Identiteitskaart

Documentnummer: _____

Krijgt u jaarlijks de griepvaccinatie? Ja/Nee

Woont u met samen met andere personen op het zelfde adres en zijn zij ook patiënt bij HKN Praktijk?

Ja/ Nee

Zo ja, dan graag naam en geboortedatum van de personen noteren

Gegevens vorige huisarts

Naam _____

Woonplaats _____

- Hierbij geef ik mijn nieuwe huisarts toestemming om het medisch dossier op te vragen en verzoek ik mijn vorige huisarts om het dossier over te dragen.

Delen medische gegevens

- Ja, ik geef toestemming voor het elektronisch delen van mijn medische gegevens met de Huisartsenpost, HKN Ketenzorg en Dienstapothek. Ga voor meer informatie naar www.vzvz.nl of bekijk de folder.

Contactpersoon bij noodgevallen

Naam en voorletters _____

Telefoonnummer _____

Relatie tot deze persoon _____

Apotheek

Naam apotheek _____

Ondertekening

Datum _____

Handtekening _____