

Inschrijfformulier:

Datum aanmelding: _____

Achternaam (en Meisjesnaam): _____

Voorletters en Voornaam: _____

Geboortedatum: _____

Geslacht: _____

BSN: _____

Straat en huisnummer: _____

Postcode en plaats: _____

Telefoon: _____ Mobielnummer: _____

E-mailadres: _____

Burgerlijke staat: _____

Vorige huisarts: _____

Voorkeur nieuwe huisarts: Dor / Wolswijk

Nieuwe apotheek: _____

Zorgverzekering + polisnummer: _____

Namen gezinsleden: _____

Heeft u een WLZ-indicatie? ja nee indien ja: welke?

Woonde u in de afgelopen periode in een instelling? Indien ja: welke?

Had u een MGN account bij uw vorige huisarts? Ja Nee

Geeft u akkoord om uw dossier op te vragen bij uw vorige huisarts? Ja Nee

Geeft u akkoord op de privacy voorwaarden*? Ja Nee

Gaat u akkoord met aanmelding bij het Landelijk Schakelpunt (LSP), voor inzage van uw dossier op onze huisartsenpost (zie voor informatie www.volgiezorg.nl)? Ja Nee

Graag inleveren samen met een kopie van het ID/Rijbewijs/Vreemdelingendocument en zorgverzekeringpas (van alle gezinsleden). Neem contact op met uw vorige huisarts voor overdracht van uw dossier, zij hebben uw toestemming hiervoor nodig. Geef ook door aan andere hulpverleners (bijv. artsen in het ziekenhuis) dat u een andere huisarts heeft.

Datum: _____

Handtekening: _____

*voor de privacy voorwaarden verwijzen wij u naar onze website:

<https://huisarts-silvolde.hzoij.nl/praktijkinformatie/privacyverklaring/>