 **Inschrijfformulier Gezondheidscentrum Pannenhoef**

|  |  |
| --- | --- |
| **Praktijk** (doorstrepen welke niet van toepassing is) | **Dr. Van Tuijn / Dr. Van Bree & Dr. Klerkx** |
| **Achternaam** |  |
| **Meisjesnaam** |  |
| **Voorletters** |  |
| **Roepnaam** |  |
| **Geboortedatum** | **M / V** |
| **Adres** |  |
| **Postcode/woonplaats** |  |
| **Telefoonnummer** |  |
| **Mobiel nummer** |  |
| **E-mailadres** |  |
| **BSN-nummer** |  |
| **Zorgverzekeraar** |  |
| **Polis nummer** |  |
| **Apotheek** |  |
| **Ik geef toestemming voor het opvragen van het medisch dossier bij de vorige huisarts** | **JA / NEE** |
| **Ik geef toestemming voor het uitwisselen van de medische gegevens\*** | **JA / NEE** |

*\*betreft het uitwisselen van de medische gegevens aan andere zorgverleners, zoals bijvoorbeeld huisartsenpost, met inachtneming van het medisch beroepsgeheim.*

|  |  |
| --- | --- |
| **Vorige huisarts** |  |
| **Adres** |  |
| **Postcode / plaats** | **/** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Datum** |  |
| **Handtekening** |  |

***LET OP: bij inschrijving hebben wij ook een kopie van een geldig legitimatiebewijs en zorgverzekering nodig.***