

### Inschrijfformulier Huisartsenpraktijk De Vliegeraar

Achternaam*	
Meisjesnaam	
Initialen	
Voornamen*	
Geboortedatum*	
Geboorteplaats	
Geslacht*	
Straat*	
Huisnummer*	
Postcode*	
Plaats*	
Telefoon*	
Burgerlijke staat	
Email*	
BSN nummer*	
Zorgverzekeraar*	
Verzekerdnummer*	
Vorige huisarts	
Adres vorige huisarts	
Nieuwe apotheek	
Vorige apotheek	
Toestemming inzage medisch dossier bij de huisartsenpost(en)/LSP	JA / Nee
Overige opmerkingen	

\*=verplicht

Daarnaast geeft ondergetekende bij ondertekening van het formulier toestemming om de huisarts en apotheek(indien nodig) te wijzigen in nieuwe huisarts en apotheek. Wilt u tevens ervoor zorgen dat uw medische dossier bij ons terechtkomt (verzoek aan vorige huisarts).

Graag een kopie van uw identificatiebewijs meesturen.

Handtekening:

Datum: