

- Door assistente in te vullen:
- Ingeschreven
 - ION aangemeld
 - Formulier gescand
 - Gemaild vorige huisarts

Huisartsenpraktijk Stadsring

Huisarts: Mw. L.H. de Vries

Stadsring 145

3817 BA Amersfoort

tel: 033-4616622

Inschrijving op naam en machtiging voor het opvragen van medische gegevens. (NB graag per persoon 1 inschrijfformulier invullen)

Vorige huisarts:..... tel nr..... Plaats.....

Achternaam:

Voornaam:

Voorletters:

M / V

Geboortedatum:

Adres:

Postcode:

Mobiel: 06-.....

BSN:

E-mail:

(Nieuwe)apotheek:

Contactpersoon (optioneel) Naam:.....

Tel.....

Relatie tot.....

Verklaart hierbij dat hij/zij zich per als patiënt(e) aanmeldt bij bovengenoemde huisarts en geeft toestemming voor het overdragen van het dossier.

Datum:

Handtekening:.....

Gaat u akkoord met het delen van medische gegevens via het LSP? Zie www.volgjezorg.nl

Ja

Nee