

Huisartsenpraktijk Stadsring

Mevr F.M de Ruijter

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:

BSN:

Identiteitsbewijs:

☐ Paspoort

☐ Rijbewijs

☐ ID-kaart

☐ Vreemdelingendocument

Document Nummer:

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 ☐ neen

Voor de assistentes : ☐ Ingeschreven ☐ ION ☐ dossier vorige huisarts ontvangen