

INSCHRIJFFORMULIER HUISARTSEN MONNICKENDAM

U bent in Monnickendam komen wonen en u wilt zich bij ons inschrijven? Dan kunt u gebruik maken van dit formulier.

Denk eraan om correct uw naam, adres en geboortedatum te vermelden. Tevens ontvangen wij graag van u een kopie van uw identiteitsbewijs en het verzekeringspasje.

Wanneer u zich inschrijft bij Huisartsen Monnickendam dient u akkoord te gaan met de inhoud van het privacyreglement van de Huisartsen Monnickendam. Het privacyreglement is te lezen op de website en is af te halen bij de balie van de Huisartsen Monnickendam .

U moet zich voor inschrijving afmelden bij uw vorige huisarts. Zorgt u ervoor dat uw medische gegevens in ons bezit komen? U moet dit zelf regelen bij uw vorige huisarts.

Inschrijfdatum huisartsenpraktijk: _____ dd./ _____ mm/ _____ jaar,
Monnickendam

	Inschrijver **	Partner ***
Achternaam		
Meisjes(achter)naam		
Voorletters		
Geslacht		
Geboortedatum		
Adres		
Postcode		
Telefoonnummer privé		
Telefoonnummer mobiel		
Emailadres		
Burgerservicenummer(BSN)		
Zorgverzekeraar		
Verzekeringsnummer		
Inschrijving bij Apotheek		

	Kind 1	Kind 2	Kind 3
Achternaam			
Volledige naam			
Geslacht			
Geboortedatum			
BSN			
Zorgverzekeraar			
Verzekeringsnummer			
Handtekening kinderen vanaf 12 jaar			

Handtekening voor akkoord inschrijving: ** inschrijver.....

Handtekening voor akkoord inschrijving: *** partner.....

Z.O.Z.

U kunt hier alleen ingeschreven worden indien u uitgeschreven bent bij uw vorige huisarts.

Daarom hebben wij een toestemmingsverklaring van u nodig.

Hierbij geef ik toestemming om mijn gegevens op te vragen bij mijn vorige huisarts.

Naam huisarts/praktijk:.....

Adres:.....

Postcode/ Plaats:.....

Telefoon:.....

Naam vorige apotheek:.....

Adres:.....

Postcode/ Plaats:.....

Datum:

Handtekening:**

Handtekening:***

Handtekening kind 1:.....

Handtekening kind 2:.....

Handtekening kind 3:.....

Inschrijving bij Apotheek Monnickendam : wel / niet