

INSCHRIJFFORMULIER

Welkom bij de Huisartsengroep Brielle.

Voor onze inschrijving hebben wij de volgende gegevens van alle personen die u inschrijft nodig:

- Geldig legitimatiebewijs + kopie
- Kopie zorgverzekeringpas
- Medisch dossier vorige huisarts
- **Indien van toepassing: lijst met gebruikte medicijnen**
- Inleveren en ondertekenen van bijgaand formulier

Als u de bovenstaande gegevens verzameld hebt, kunt u het bij de praktijk afgeven of opsturen naar:

Huisartsengroep Brielle
Medisch Centrum Brielle
Amer 21
3232 HA Brielle

NB Vergeet u niet uit te schrijven bij uw vorige huisarts

Hierbij verklaar ik dat ik mij per inschrijf als patiënt

bij Huisartsenpraktijk:

- dokter Uyterlinden
- dokter de Wolff / dokter Boersma
- dokter van den Hurk
- dokter van den Heuvel

Naam	
Voorletters/naam	
Adres	
Postcode +woonplaats	
Telefoonnummer woonverband (Geen mobiel)	
Datum/ Plaats	
Handtekening	

Dit inschrijfformulier omvat een verklaring van een patiënt van inschrijving binnen een huisartsenpraktijk en kan worden gebruikt als verzoek tot correctie van huisartsendeclaraties

Het betreft de volgende personen :

Naam	m/v
Voorletters/naam	
Geboortedatum	
Mobiel tel. nummer	
E-mailadres	
Ziektekostenverzekeraar+ Inschrijfnummer	
BSN nummer	
Legitimatiebewijs	paspoort / ID / rijbewijs nr.
Medicatiegebruik	
Lijdt u aan een chronische aandoening zoals hart- en vaatziekten, diabetes mellitus, longziekte, allergieën?	
Roken	ja/nee/gestopt sinds
Alcoholgebruik eenheden per dag

Naam	m/v
Voorletters/naam	
Geboortedatum	
Mobiel tel. nummer	
E-mailadres	
Ziektekostenverzekeraar+ Inschrijfnummer	
BSN nummer	
Legitimatiebewijs	paspoort / ID / rijbewijs nr.
Medicatiegebruik	
Lijdt u aan een chronische aandoening zoals hart- en vaatziekten, diabetes mellitus, longziekte, allergieën?	
Roken	ja/nee/gestopt sinds
Alcoholgebruik eenheden per dag

Naam	m/v
Voorletters/naam	
Geboortedatum	
Mobiel tel. nummer	
E-mailadres	
Ziektekostenverzekeraar+ Inschrijfnummer	
BSN nummer	
Legitimatiebewijs	paspoort / ID / rijbewijs nr.
Medicatiegebruik	
Lijdt u aan een chronische aandoening zoals hart- en vaatziekten, diabetes mellitus, longziekte, allergieën?	
Roken	ja/nee/gestopt sinds
Alcoholgebruik eenheden per dag

Naam	m/v
Voorletters/naam	
Geboortedatum	
Mobiel tel. nummer	
E-mailadres	
Ziektekostenverzekeraar+ Inschrijfnummer	
BSN nummer	
Legitimatiebewijs	paspoort / ID / rijbewijs nr.
Medicatiegebruik	
Lijdt u aan een chronische aandoening zoals hart- en vaatziekten, diabetes mellitus, longziekte, allergieën?	
Roken	ja/nee/gestopt sinds
Alcoholgebruik eenheden per dag