HUISARTSENPRAKTIJK
WESTERHOVEN

Huisartsenpraktijk Westerhoven
Provincialeweg 22
5563 AH Westerhoven
Tel 040-2012531
www.huisartsenpraktijk-westerhoven.nl

Inschrijfformulier

Achternaam	_____	Contactpersoon	_____
Meisjesnaam	_____	Tel. Contactpersoon	_____
Voornam(en)	_____	Zorgverzekeraar	_____
Geboortedatum	_____	Polisnummer	_____
Nationaliteit	_____	BSN	_____
Geslacht	_____	Identificatiebewijs	_____
Gewenste inschrijfdatum	_____	Documentnummer	_____
Straatnaam + huisnr.	_____	Naam oude huisarts	_____
Postcode	_____	Straatnaam + huisnr.	_____
Woonplaats	_____	Postcode	_____
Telefoon (vast)	_____	Plaats	_____
Telefoon (mobiel)	_____	Tel. Nr.	_____
Emailadres	_____	Voorkeur apotheek	_____

Ik geef WEL / GEEN toestemming voor het delen van mijn gegevens via het Landelijk Schakelpunt (LSP). Indien u hiervoor toestemming geeft kan uw arts, met uw toestemming, uw dossier raadplegen indien u bijvoorbeeld de huisartsposten of spoedeisende hulp in de regio bezoekt. Indien gewenst kunt u de assistente om uitleg vragen.

Patiënt (of diens wettelijk vertegenwoordiger) verklaart hierbij bovenstaande persoon in te willen schrijven als patiënt bij Huisartsenpraktijk Westerhoven te Westerhoven en geeft hiermee toestemming om het medisch dossier bij de vorige huisarts op te vragen.

Datum _____ Plaats _____ Handtekening _____

In te vullen door Huisartsenpraktijk Westerhoven

- Inschrijfformulier in ontvangst genomen _____
- Kennismakingsgesprek ingepland + inschrijving als NONI _____
- Kennismakingsgesprek afgerond _____
- Aanmelding ION _____
- Bevestigen uitschrijving bij oude huisarts _____
- Koppeling gegevens dossier _____