

Inschrijfformulier Huisartsenpraktijk Van Minnen

Datum inschrijving: _____

Voorletter(s) + voornaam: _____ man/ vrouw

Naam: _____

Adres: _____

Postcode + woonplaats : _____

Telefoonnummer: _____ Mobiel: _____

E-mailadres: _____

Geboortedatum : _____ BSN : _____

Zorgverzekering: _____

Verzekeringsnummer: _____

Identiteitsdocument: _____ Nummer: _____

Apotheek: _____

Overige minderjarige gezinsleden:

Voornaam + Achternaam	M/V	Geb. datum	BSN	Zorgverzekering/nr:
1)				
2)				
3)				

	Soort identiteitsdocument	Document nummer
1)		
2)		
3)		

MEDISCH: (belangrijk voor de huisarts om te weten)

Heeft u :

Hoge bloeddruk	JA / NEE	Psychische klachten	JA / NEE
Hartklachten	JA / NEE	Astma / COPD	JA / NEE
Diabetes	JA / NEE		

Gaat u akkoord met aanmelden bij LSP: Het Landelijk Schakelpunt is een netwerk waar zorgaanbieders bij kunnen aansluiten. Via dit netwerk kunnen zij medische gegevens over hun patiënten met elkaar uitwisselen. Bijvoorbeeld in geval van nood: apotheek, huisartsenpost.

JA / NEE

Vind u het goed dat wij uw medisch dossier opvragen bij uw vorige huisarts ?

JA / NEE Naam vorige huisarts: _____ in : _____

Handtekening : _____