

VERKLARING VAN INSCHRIJVING BIJ HUISARTS

(alleen kinderen tot 16 jaar die op uw polis vermeld staan kunt u noemen op dit formulier)

Huisartsenpraktijk Heiszwolf

De Linie 2 B

2905 AX CAPELLE AAN DEN IJSSEL

Tel. 010 – 450.06.62 / Fax. 010 – 458.68.68

AGB-code zorgverlener 01-027190 / AGB-code praktijk 01-058264

RABOBANK 31.48.42.519

Let op : alleen **volledig** ingevulde formulieren kunnen in behandeling genomen worden.

Gegevens patiënt

Achternaam

Geslacht M / V (s.v.p. doorhalen wat niet van toepassing is)

Voorletters

Voornaam

Adres

Postcode

Woonplaats

Geboortedatum

BSN (Sofi) nummer

Telefoonnummer

Mobiel telefoonnummer

e-mail adres

Zorgverzekeraar

Polisnummer

ID-kaart / paspoort nummer

Gegevens vorige huisarts

Naam

Adres

Postcode

Woonplaats

Telefoonnummer

Ondergetekende verklaart als patiënt te staan ingeschreven bij bovengenoemde huisarts en geeft hiermee toestemming om het medisch dossier over te dragen aan genoemde huisarts. Dit geldt ook voor het medisch dossier van de gezinsleden tot 16 jaar die genoemd staan op deze verklaring.

Datum van inschrijving

Handtekening

In te vullen door de huisarts

Datum ontvangst inschrijving Datum dossier opgevraagd

Datum ingevoerd Medicom Datum dossier ontvangen

Datum map gemaakt

VERKLARING VAN INSCHRIJVING BIJ HUISARTS

(alleen kinderen tot 16 jaar die op uw polis_vermeld staan kunt u noemen op dit formulier)

Huisartsenpraktijk Heiszwolf

De Linie 2 B

2905 AX CAPELLE AAN DEN IJSSEL

Tel. 010 – 450.06.62 / Fax. 010 – 458.68.68

AGB-code zorgverlener 01-027190 / AGB-code praktijk 01-058264

RABOBANK 31.48.42.519

Let op : alleen volledig ingevulde formulieren kunnen in behandeling genomen worden.

Achternaam ingeschreven patiënt (als op blad 1)

Gezinsleden tot 16 jaar (die op uw polisblad staan vermeld):

	Voorletters en Achternaam	M/V	Geboorte datum	BSN nummer	Polisnummer	ID kaart paspoort nummer
1						
2						
3						
4						
5						
6						

Ondergetekende verklaart dat de hierboven genoemde gezinsleden staan ingeschreven bij huisartsenpraktijk Heiszwolf en geeft hiermee toestemming om het medisch dossier over te dragen aan genoemde huisarts.

Datum van inschrijving

Handtekening