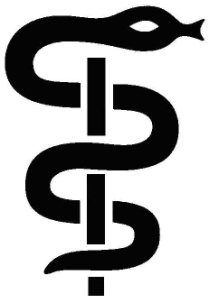
****Om u in te schrijven in onze huisartsenpraktijk willen wij u vragen het onderstaand formulier volledig in te vullen, te ondertekenen en daarna in de praktijk af te geven of op te sturen. Voor volledige inschrijving vragen wij u een **kopie van legitimatiebewijs** in te leveren. Dit geldt ook voor evt. kinderen.

|  |  |
| --- | --- |
| Datum inschrijving: | Klik hier als u een datum wilt invoeren. |
| Straatnaam + huisnummer: | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| Postcode + woonplaats: | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| Telefoon vast: | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Hoofdbewoner:** | **Partner:** |
| Geslacht: | Kies een item. | Kies een item. |
| Geboortedatum: | Klik hier als u een datum wilt invoeren. | Klik hier als u een datum wilt invoeren. |
| Voornaam + voorletter(s): | Klik hier als u tekst wilt invoeren. | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| Achternaam: | Klik hier als u tekst wilt invoeren. | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| BSN nummer: | Klik hier als u tekst wilt invoeren. | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| Telefoon mobiel: | Klik hier als u tekst wilt invoeren. | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| E-mailadres: | Klik hier als u tekst wilt invoeren. | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| Zorgverzekeraar: | Klik hier als u tekst wilt invoeren. | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| Verzekerdennummer: | Klik hier als u tekst wilt invoeren. | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Kind 1:** | **Kind 2:** |
| Geslacht: | Kies een item. | Kies een item. |
| Geboortedatum: | Klik hier als u een datum wilt invoeren. | Klik hier als u een datum wilt invoeren. |
| Voornaam + voorletter(s): | Klik hier als u tekst wilt invoeren. | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| Achternaam: | Klik hier als u tekst wilt invoeren. | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| BSN nummer: | Klik hier als u tekst wilt invoeren. | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| Telefoon mobiel: | Klik hier als u tekst wilt invoeren. | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| E-mailadres: | Klik hier als u tekst wilt invoeren. | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| Zorgverzekeraar: | Klik hier als u tekst wilt invoeren. | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| Verzekerdennummer: | Klik hier als u tekst wilt invoeren. | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
|  | **Kind 3:** | **Kind 4:** |
| Geslacht: | Kies een item. | Kies een item. |
| Geboortedatum: | Klik hier als u een datum wilt invoeren. | Klik hier als u een datum wilt invoeren. |
| Voornaam + voorletter(s): | Klik hier als u tekst wilt invoeren. | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| Achternaam: | Klik hier als u tekst wilt invoeren. | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| BSN nummer: | Klik hier als u tekst wilt invoeren. | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| Telefoon mobiel: | Klik hier als u tekst wilt invoeren. | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| E-mailadres: | Klik hier als u tekst wilt invoeren. | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| Zorgverzekeraar: | Klik hier als u tekst wilt invoeren. | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| Verzekerdennummer: | Klik hier als u tekst wilt invoeren. | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |

**Vorige huisarts**

|  |  |
| --- | --- |
| Naam: | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| Straatnaam + huisnummer: | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| Postcode + woonplaats: | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| Telefoon: | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |

**Ondergetekende geeft Huisartspraktijk N. van der Meer te Gieten toestemming een kopie van dit formulier naar zijn/haar vorige huisarts te sturen om zich daar uit te schrijven en voor het opvragen van de medische gegevens.   
(kinderen van 12-16 jaar en ouder dienen zelf te tekenen).**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Hoofdbewoner | Partner | Kind 1 | Kind 2 | Kind 3 | Kind 4 |
| Handtekening |  |  |  |  |  |  |

**In te vullen door de huisartsenpraktijk**

datum:………………………..

* praktijkfolder, vragenlijst, LSP formulier en brief meegeven
* invoeren in huisartsensysteem
* BSN nummer ophalen
* aanmelden bij ION
* aanmelden bij MGn
* inschrijfformulier scannen
* inschrijfformulier in map
* in actielijst: WID registratie, LSP registratie, vragenlijst, dossier ontvangen