**INSCHRIJFFORMULIER HUISARTSENPRAKTIJK KOP VAN ’T EILAND**

Adres: Locatie Ouddorp : Dorpstienden 3a 3253 AS Ouddorp

Locatie Goedereede : Jongkoenstraat 1b, 3252 AV Goedereede

Tel 0187-681312

Onderstaande patiënt verklaart bij Huisartsenpraktijk Kop van ’t Eiland in te zijn geschreven met (indien van toepassing) zijn/ haar gezinsleden. Vergeet niet uw vorige huisarts hier over in te lichten.

**Gegevens Patiënt**

Inschrijfdatum :

Voor en achternaam patiënt :

Geslacht :

Straat :

Postcode en woonplaats :

Geboortedatum :

BSN nummer :

Telefoon/ mobiele nummer :

Identiteitsbewijs en nummer :

Zorgverzekeraar :

Relatie nummer :

Email adres :

Naam en telefoonnummer vorige huisarts :

Toestemming voor aanmelding Mijn gezondheid.net : Ja/ Nee

Toestemming aanmelden LSP (zo ja svp formulier invullen): Ja/ Nee

Toestemming voor koppeling met apotheek Ouddorp : Ja/ Nee

Handtekening: Datum:

Indien u meerdere gezinsleden inschrijft dan graag hieronder de afzonderlijke geboortedata en zorgverzekeringsgegevens vermelden van ieder gezinslid. Er is maar één handtekening vereist.

Dit formulier graag ingevuld afgeven aan de balie van de praktijk. Vergeet uw ID niet mee te nemen.

Bijgevoegd: - Informatie Mijn Gezondheid.net

* Informatie Landelijk Schakelpunt

**Gezinslid**

Voor en achternaam patiënt :

Geslacht :

Geboortedatum :

BSN nummer :

Telefoon/ mobiele nummer :

Identiteitsbewijs en nummer :

Zorgverzekeraar :

Relatie nummer :

Email adres :

Toestemming voor aanmelding Mijn gezondheid.net Ja/ Nee

Toestemming aanmelden LSP (zo ja svp formulier invullen) Ja/ Nee

Toestemming voor koppeling met apotheek Ouddorp Ja/ Nee

**Gezinslid**

Voor en achternaam patiënt :

Geslacht :

Geboortedatum :

BSN nummer :

Telefoon/ mobiele nummer :

Identiteitsbewijs en nummer :

Zorgverzekeraar :

Relatie nummer :

Email adres :

Toestemming voor aanmelding Mijn gezondheid.net Ja/ Nee

Toestemming aanmelden LSP (zo ja svp formulier invullen) Ja/ Nee

Toestemming voor koppeling met apotheek Ouddorp Ja/ Nee

**Gezinslid**

Voor en achternaam patiënt :

Geslacht :

Geboortedatum :

BSN nummer :

Telefoon/ mobiele nummer :

Identiteitsbewijs en nummer :

Zorgverzekeraar :

Relatie nummer :

Email adres :

Toestemming voor aanmelding Mijn gezondheid.net Ja/ Nee

Toestemming aanmelden LSP (zo ja svp formulier invullen) Ja/ Nee

Toestemming voor koppeling met apotheek Ouddorp Ja/ Nee

**Gezinslid**

Voor en achternaam patiënt :

Geslacht :

Geboortedatum :

BSN nummer :

Telefoon/ mobiele nummer :

Identiteitsbewijs en nummer :

Zorgverzekeraar :

Relatie nummer :

Email adres :

Toestemming voor aanmelding Mijn gezondheid.net Ja/ Nee

Toestemming aanmelden LSP (zo ja svp formulier invullen) Ja/ Nee

Toestemming voor koppeling met apotheek Ouddorp Ja/ Nee

Bijlage 1:

Informatie over mijn Gezondheid.net is te vinden op: [www.mijngezondheid.net](http://www.mijngezondheid.net)

Bijlage 2: Zie voor meer informatie [www.volgjezorg.nl](http://www.volgjezorg.nl)

