HUISARTSENPRAKTIJK

J.S. Bonthond

J.H.E. Brenninkmeijer

E.G.H. Gerritzen

Beste familie, heer, mevrouw

Met dit formulier meld u zich aan als patiënt bij Huisartsenpraktijk Richtershagen.
Wij heten u van harte welkom.

Met ondertekenen van dit formulier machtig ik Huisartsenpraktijk Richtershagen tot het afmelden bij de vorige huisarts en het opvragen van het medisch dossier.

Hierbij schrijf ik mij in bij:
Huisartsenpraktijk Richtershagen*
○**Drs. Brenninkmeijer** ○**Drs. Bonthond** ○**Drs. Gerritzen**
*aanvinken bij welke huisarts u zich inschrijft

DATUM INSCHRIJVING IN PRAKTIJK .....
EERDER HIER PATIENT GEWEEST JA / NEE**

NAAM + VOORLETTERS .....
GESLACHT M / V**
GEBOORTEDATUM .....
ADRES .....
POSTCODE EN WOONPLAATS .....

TELEFOON .....
MOBIELE TELEFOON .....
EMAILADRES .....

ZORGVERZEKERAAR .....
POLISNUMMER .....
BURGERSERVICENUMMER .....

GEWENSTE APOTHEEK LICHTENVOORDE / KOTHUIS**

VORIGE HUISARTS, NAAM .....
ADRES .....
POSTCODE EN WOONPLAATS .....
TEL.NR VORIGE HUISARTS .....

HANDTEKENING .....
** doorhalen wat niet van toepassing is

Invullen door medewerker van huisartsenpraktijk Richtershagen

ID nummer:.....

Soort ID: ○Nederlands paspoort ○rijbewijs ○identiteitskaart
○Buitenlands paspoort ○vreemdelingendocument