



Beste familie, heer, mevrouw

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

Hierbij schrijf ik mij in bij:

Huisartsenpraktijk Richtershagen*

☐ **Drs. Huijbregts** ☐ **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**
GEBORTEDATUM
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
Ingenomen en akkoord door:

ID nummer:.....

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