

Inschrijfformulier Huisartsenpraktijk Verstijnen

Datum inschrijving:

Voorletters	
Roepnaam	
Achternaam	
Geslacht	
Geboortedatum	
Geboorteplaats	
Adres	
Postcode	
Woonplaats	
BSN-nummer	
Verzekering	
Polisnummer	
Telefoonnummer	
Mobiel nummer	
Emailadres	
Apotheek	
<u>Vorige huisarts</u>	
Naam	
Woonplaats	

Toestemming: Uitwisseling medische gegevens

☐ Ja, ik ga akkoord met het beschikbaar stellen van mijn gegevens voor raadpleging door andere zorgaanbieders via het LSP, de zorginfrastructuur met de VZVZ als verantwoordelijke partij. Ook ga ik akkoord met het aanmelden van mijn gegevens in de verwijzindex, zoals in de informatiebrochure van de VZVZ staat beschreven.
(www.vzvz.nl)

☐ Nee, ik ga niet akkoord

** doorhalen wat niet van toepassing is.*

KOPIE ID TOEVOEGEN