

Datum ingeleverd:

Initialen Medewerker:

INSCHRIFFFORMULIER

Huisartsenpraktijk Medius

Dhr. E. El Ghouch

Huissensestraat 64B

6833 JB Arnhem

026-3217418

HUISARTSENPRAKTIJK

MEDIUS



www.hapmedius.nl

Geslacht	Man / Vrouw
Achternaam	
Meisjesnaam	
Voorletters	
Roepnaam	
Adres	
Postcode	
Woonplaats	
Geboortedatum	
Land van herkomst	
BSN nummer	
ID-kaart/Paspoort/Rijbewijsnummer <ul style="list-style-type: none">• Graag omcirkelen welke• Meenemen naar praktijk	
Vast telefoonnummer	
Mobiel nummer	
E-mailadres	
Beroep	
Heeft u een partner? Zo ja, graag naam + geboortedatum	
Kind jonger dan 16 jaar: hiernaast omcirkelen wie het ouderlijk gezag heeft	Vader / Moeder / Beide
Zorgverzekeraar	
Zorgverzekeringsnummer	
Nieuwe apotheek	
Naam vorige huisarts	
Plaats vorige huisarts	
Telefoonnummer vorige huisarts	
Onder controle bij praktijkverpleegkundige van uw huisarts voor diabetes of hoge bloeddruk ?	Ja / Nee

Ja, ik geef toestemming voor gebruik van het LSP, zodat medische gegevens gedeeld kunnen worden tussen apotheek, ziekenhuis en de huisarts.

Nee, ik geef hier geen toestemming voor.

Hierbij verklaar ik dat ik met ingang van/...../.....(datum) ben ingeschreven bij huisartsenpraktijk Medius en ik geef toestemming om mijn medische gegevens op te vragen bij mijn vorige huisarts.

Uw handtekening:.....

Let op: U dient zich **ZELF** af te melden bij uw vorige huisarts. Anders kan het erg lang duren voordat uw dossier naar ons wordt overgezet. Belt u daarom uw vorige huisarts om door te geven dat u zich bij ons heeft ingeschreven