

# Inschrijfformulier



## Personalia

Achternaam	.....	Voornaam	.....
Meisjesnaam	.....	Voorletters	.....
Geboortedatum	.....	M / V	
Straat	.....	Huisnummer	.....
Postcode	.....	Woonplaats	.....
Telefoon thuis	.....	Mobiel nr	.....
E-mail	.....		

## Eventuele contactpersonen

Naam: ..... Telefoonnummer: .....

Naam: ..... Telefoonnummer: .....

## Gegevens kinderen die ook ingeschreven worden

Achternaam	Voorletters	Roepnaam	M/V	Geboortedatum	polis	BSN
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....

## Verzekeringsgegevens

Naam zorgverzekeraar .....  
Polisnummer .....  
Burger Service Nummer (BSN) .....  
Uw beroep .....

## Allergieën

.....  
.....

**Wie is uw huidige zorgverlener of apotheek?**

Huisarts/praktijk ..... Plaats .....

Apotheek ..... Plaats .....

Fysiotherapie ..... Plaats .....

**Bij welke zorgverlener u zich wilt inschrijven?**

- Ik schrijf me in bij Huisartsenpraktijk Terwinselen en meld me aan bij huisarts:
- dhr. P. De Bruyckere
  - dhr. J. Trietsch
  - mevr. S. de Vree
  - mevr. S. Jaarsma

Ik schrijf me in bij Fysiotherapie praktijk Welman

Ik schrijf me in bij Apotheek Terwinselen

**Hierbij verklaar ik me te willen inschrijven als patiënt bij Gezondheidscentrum Terwinselen.**

- Ik geef toestemming aan mijn vorige huisarts om mijn dossier aan Huisartsenpraktijk Terwinselen over te dragen.
- Ik geef toestemming aan apotheek Terwinselen voor de overdracht van mijn medicatiegegevens aan mijn behandelaars.
- Ik geef toestemming aan apotheek Terwinselen om mijn medicatiehistorie op te vragen bij mijn vorige apotheek via LSP

Datum ..... Plaats ..... Handtekening .....

**Dit inschrijfformulier wordt gedeeld met de zorgverleners waarbij u zich wilt inschrijven.**

**Dit kan zijn de apotheek, fysiotherapeut en/of huisartsen van Gezondheidscentrum Terwinselen.**

**Uw identiteit wordt gecontroleerd m.b.v. paspoort/rijbewijs aan de balie**