

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
Tandarts	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:
- | | | |
|--|--|--|
| <input type="radio"/> dhr. P. De Bruyckere | <input type="radio"/> mevr. S. de Vree | <input type="radio"/> mevr. W. Schijns |
| <input type="radio"/> dhr J. Trietsch | <input type="radio"/> mevr. S. Jaarsma | <input type="radio"/> dhr. S. Schepers |

- Ik schrijf me in bij Tandartspraktijk Montoya Kerkrade

- Ik schrijf me in bij Apotheek Terwinselen

- Ik schrijf me in bij Fysiotherapie praktijk Welman

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, tandarts, fysiotherapeut en/of huisartsen van Gezondheidscentrum Terwinselen.

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