

## Inschrijfformulier voor nieuwe patiënten

|  |  |
| --- | --- |
| U wordt ingeschreven op naam van:Graag aankruisen | □ GHM Koekkoek□ DMG Olde Riekerink |
| Wat is de reden van inschrijving?Zijn er al familieleden (op uw woonadres) patiënt in onze praktijk? |  |

## Persoonlijke gegevens

|  |  |
| --- | --- |
| Achternaam  |  |
| Meisjesnaam |  |
| Voorletter(s) |  |
| Roepnaam |  |
| Geslacht  |  |
| Geboortedatum |  |
| Straat |  |
| Huisnummer |  |
| Postcode |  |
| Plaats  |  |
| Telefoonnummer |  |
| Mobiel nummer |  |
| Email- adres |  |
| BSN-nummer |  |
| Ziektekostenverzekeraar |  |
| Verzekeringsnummer  |  |
| Naam vorige huisarts |  |
| Plaats vorige huisarts |  |

## Medische gegevens

|  |  |
| --- | --- |
| Lijdt u aan één of meerdere chronische ziekten? Zo ja, welke?  | ---- |
| Gebruikt u medicijnen?Zo ja, graag naam, sterkte en dosering vermelden | ------ |
| Bent u allergisch voor bepaalde medicijnen of andere stoffen?Zo ja, welke? | --- |

**Ik geef toestemming aan bovenstaande huisarts om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners**

Meer informatie vindt u op [www.zorgnetoost.nl/optin](http://www.zorgnetoost.nl/optin)

□ JA □ NEE

(graag aankruisen wat van toepassing is)

**Heeft u behoefte aan een kennismakingsgesprek?**

Belt u dan 2 weken nadat u dit formulier hebt ingeleverd naar de praktijk om een afspraak te plannen

**Hieronder kunt u de gegevens van eventuele minderjarigen gezinsleden die ook ingeschreven willen worden noteren** (graag invullen bij één van de meerderjarige op het formulier)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Gezinslid 1 | Gezinslid 2 | Gezinslid 3 | Gezinslid 4 |
| Achternaam  |  |  |  |  |
| Voorletter(s)  |  |  |  |  |
| Roepnaam |  |  |  |  |
| Geslacht |  |  |  |  |
| Geboortedatum |  |  |  |  |
| BSN-nummer |  |  |  |  |
| Ziektekostenverzekeraar  |  |  |  |  |
| Verzekeringsnummer |  |  |  |  |
| Bijzonderheden (bijv.: chronische ziekten, allergieën)  |  |  |  |  |

***Dit inschrijfformulier kunt u opsturen naar of afleveren op het volgende adres:***

*Huisartsenpraktijk De Verdieping*

*Oldenzaalsestraat 12B*

*7591 GM Denekamp*

***U kunt dit formulier ook via de mail versturen (met vermelding: nieuwe patiënt)***

*Mail adres:* deverdieping@mcdenekamp.nl