

## INSCHRIJFFORMULIER VOOR NIEUWE PATIËNTEN

|                                                                                                          |                                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| U wordt ingeschreven op naam van:<br>Graag aankruisen                                                    | <input type="checkbox"/> SEW Mensink<br><br>GHM Koekkoek: gesloten<br><br>DMG Olde Riekerink: gesloten |
| Wat is de reden van inschrijving?<br>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?                  | -<br>-<br>-<br>-           |
| Gebruikt u medicijnen?<br>Zo ja, graag naam, sterkte en dosering vermelden     | -<br>-<br>-<br>-<br>-<br>- |
| Bent u allergisch voor bepaalde medicijnen of andere stoffen?<br>Zo ja, welke? | -<br>-<br>-                |

***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)



HUISARTSENPRAKTIJK  
**DE VERDIEPING**  
Oldenzaalsestraat 12B  
7591 GM Denekamp  
Tel 0541 35 41 42

[www.deverdieping.praktijkinfo.nl](http://www.deverdieping.praktijkinfo.nl)

|                                                              | Gezinslid 1 | Gezinslid 2 | Gezinslid 3 | Gezinslid 4 |
|--------------------------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Achternaam                                                   |             |             |             |             |
| Voorletter(s)                                                |             |             |             |             |
| Roepnaam                                                     |             |             |             |             |
| Geslacht                                                     |             |             |             |             |
| Geboortedatum                                                |             |             |             |             |
| BSN-nummer                                                   |             |             |             |             |
| Ziektekostenverzekeraar                                      |             |             |             |             |
| Verzekeringsnummer                                           |             |             |             |             |
| Bijzonderheden<br>(bijv.: chronische<br>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](mailto:deverdieping@mcdenekamp.nl)*



HUISARTSENPRAKTIJK  
**DE VERDIEPING**  
Oldenzaalsestraat 12B  
7591 GM Denekamp  
Tel 0541 35 41 42

[www.deverdieping.praktijkinfo.nl](http://www.deverdieping.praktijkinfo.nl)