

**Met dit formulier kunt u zich bij ons laten inschrijven.**

Wilt u onderstaande gegevens volledig invullen. Bij het inschrijfformulier moet een kopie van een geldig legitimatiebewijs (rijbewijs, paspoort, ID kaart) van alle gezinsleden worden bijgevoegd en een kopie van de verzekeringspasjes. Zonder deze gegevens kunnen wij u niet inschrijven. U kunt alleen worden ingeschreven als u woont in postcodegebied **3111 t/m 3119**.

Onder LSP kunt u aangeven of wij uw gegevens mogen delen met andere hulpverleners zoals apotheek, huisartsenpost en spoedeisende hulp. Graag voor elk gezinslid afzonderlijk aangeven.

Voor meer informatie zie <https://www.vzvz.nl/>

**\* Ondertekening overige gezinsleden:**

- Voor patiënten tot 12 jaar volstaat een handtekening van ouder/voogd/wettelijk vertegenwoordiger.
- Voor patiënten van 12 tot 16 jaar geldt een dubbele toestemming; zowel een handtekening van ouder/voogd/wettelijk vertegenwoordiger alsmede van patiënt zelf.
- Voor patiënten van 16 jaar en ouder volstaat een handtekening van de patiënt zelf.

**Inschrijven bij huisarts (wordt door de praktijk bepaald op basis van beschikbaarheid):**

Naam huisarts: \_\_\_\_\_

Voorletters	
Voornaam	
Achternaam	
Naam partner	
Geboortedatum	
Geslacht	M / V
Telefoonnummer	
E-mailadres	
BSN-nummer	
Naam Zorgverzekeraar	
Verzekerdenummer	
LSP aanmelden	Ja / Nee
Aanmelden Patiëntenportaal	Ja / Nee

Straat + huisnummer	
Postcode	
Woonplaats	
Apotheek	
Naam vorige huisarts	

Handtekening:

Datum:

Plaats:

## GEGEVENS GEZINSLEDEN

Voorletters	
Voornaam	
Achternaam	
Naam partner	
Geboortedatum	
Geslacht	M / V
Telefoonnummer	
E-mailadres	
BSN-nummer	
Naam Zorgverzekeraar	
Verzekerdenummer	
LSP aanmelden	Ja / Nee
Aanmelden Patiëntenportaal	Ja / Nee

Handtekening:

Voorletters	
Voornaam	
Achternaam	
Naam partner	
Geboortedatum	
Geslacht	M / V
Telefoonnummer	
E-mailadres	
BSN-nummer	
Naam Zorgverzekeraar	
Verzekerdenummer	
LSP aanmelden	Ja / Nee
Aanmelden patiëntenportaal	Ja / Nee

Handtekening:

Voorletters	
Voornaam	
Achternaam	
Geboortenaam	
Geboortedatum	
Geslacht	M / V
Telefoonnummer	
E-mailadres	
BSN-nummer	
Naam Zorgverzekeraar	
Verzekerdenummer	
LSP aanmelden	Ja / Nee
Aanmelden patiëntenportaal	Ja / Nee

Handtekening: