

Met dit formulier kunt u zich bij ons 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**.

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: _____

Datum: _____ Plaats: _____

GEZINSLID 1

Voorletters	
Voornaam	
Achternaam	
Meisjesnaam	
Geboortedatum	
Geslacht	M/V
Mobiel nummer	
Thuis nummer	
E-mailadres	
BSN-nummer	
Naam Zorgverzekeraar	
Verzekerdenummer	
LSP aanmelden *	Ja / Nee
Aanmelden patiëntenportaal *	Ja / Nee

* Onder LSP kunt u aangeven of wij uw gegevens mogen delen met andere hulpverleners zoals apotheek, huisartsenpost en spoedeisende hulp. Graag aangeven voor elk gezinslid afzonderlijk. Voor meer informatie zie <https://www.vzvz.nl/>

* Bij aanmelden patiëntenportaal kunt u aangeven of zich wilt aanmelden voor het patiëntenportaal. Indien u kiest voor 'Ja' dan ontvangt u nadat uw inschrijving in de praktijk is voltooid een activatielink op het door u opgegeven emailadres. Let op: voor ieder gezinslid moet hiervoor een apart emailadres worden opgegeven. Voor meer informatie zie <https://uwzorgonline.nl>

Handtekening: _____

ADRES- EN OVERIGE GEGEVENS

Straat + huisnummer	
Postcode	
Woonplaats	
Apotheek	
Naam vorige huisarts	

GEZINSLID 2

Voorletters	
Voornaam	
Achternaam	
Meisjesnaam	
Geboortedatum	
Geslacht	M/V
Mobiel nummer	
Thuis nummer	
E-mailadres	
BSN-nummer	
Naam Zorgverzekeraar	
Verzekerdenummer	
LSP aanmelden *	Ja / Nee
Aanmelden patiëntenportaal *	Ja / Nee

Handtekening: _____

GEZINSLID 3

Voorletters	
Voornaam	
Achternaam	
Meisjesnaam	
Geboortedatum	
Geslacht	M/V
Mobiel nummer	
Thuis nummer	
E-mailadres	
BSN-nummer	
Naam Zorgverzekeraar	
Verzekerdenummer	
LSP aanmelden *	Ja / Nee
Aanmelden patiëntenportaal *	Ja / Nee

Handtekening: _____

GEZINSLID 4

Voorletters	
Voornaam	
Achternaam	
Meisjesnaam	
Geboortedatum	
Geslacht	M/V
Mobiel nummer	
Thuis nummer	
E-mailadres	
BSN-nummer	
Naam Zorgverzekeraar	
Verzekerdenummer	
LSP aanmelden *	Ja / Nee
Aanmelden patiëntenportaal *	Ja / Nee

Handtekening: _____

GEZINSLID 5

Voorletters	
Voornaam	
Achternaam	
Meisjesnaam	
Geboortedatum	
Geslacht	M/V
Mobiel nummer	
Thuis nummer	
E-mailadres	
BSN-nummer	
Naam Zorgverzekeraar	
Verzekerdenummer	
LSP aanmelden *	Ja / Nee
Aanmelden patiëntenportaal *	Ja / Nee

Handtekening: _____

* Onder LSP kunt u aangeven of wij uw gegevens mogen delen met andere hulpverleners zoals apotheek, huisartsenpost en spoedeisende hulp. Graag aangeven voor elk gezinslid afzonderlijk. Voor meer informatie zie <https://www.vzvez.nl/>

* Bij aanmelden patiëntenportaal kunt u aangeven of zich wilt aanmelden voor het patiëntenportaal. Indien u kiest voor 'Ja' dan ontvangt u nadat uw inschrijving in de praktijk is voltooid een activatielink op het door u opgegeven emailadres. Let op: voor ieder gezinslid moet hiervoor een apart emailadres worden opgegeven. Voor meer informatie zie <https://uwzorgonline.nl>