**Inschrijfformulier**

Dit inschrijfformulier bevat een verklaring van een patiënt van inschrijving in de

**Huisartspraktijk Oostburg-Cadzand**, per \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**In te vullen door de patiënt**

|  |  |
| --- | --- |
| *Achternaam (en/of meisjesnaam)* |  |
| *Initialen* |  |
| *Voornamen* |  |
| *Geboortedatum* |  |
| *Geboorteplaats* |  |
| *Geslacht* | *Man*  *Vrouw* |
| *Huidig adres* |  |
| *Telefoonnummer* |  |
| *Burgerlijke staat* |  |
| *E-mail* |  |
| *BSN nr.\** |  |
| *Zorgverzekeraar* |  |
| *Verzekerdennummer\* (indien bij krijgsmacht graag vermelden)* |  |
|  |  |
| *Vorige huisarts (incl. adres)* |  |
| *Nieuwe apotheek* |  |
| *Vorige Apotheek (incl. adres)* |  |
| Handtekening + datum | *Plaats: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ d.d.\_\_\_\_\_\_\_* |
| *Vindt u het goed dat de behandelend arts op de huisartsenpost uw medische gegevens kan inzien?* ja  nee | |

**\*gelieve kopie ID-bewijs en verzekeringspasje bij te voegen**

**In te vullen door de Apotheek**

Gegevens geregistreerd in systeem  naam \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_d.d.\_\_\_\_\_\_\_\_

**In te vullen door de Huisartsenpraktijk**

BSN verificatie  naam \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_d.d.\_\_\_\_\_\_\_\_

WID controle  naam \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_d.d.\_\_\_\_\_\_\_\_

NONI activering (tenzij Krijgsmacht)  naam \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_d.d.\_\_\_\_\_\_\_\_

ION aanmelding  naam \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_d.d.\_\_\_\_\_\_\_\_

Ruiter toekenning (SD/ED)  naam \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_d.d.\_\_\_\_\_\_\_\_

Dossier geïmporteerd (digitaal)  naam \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_d.d.\_\_\_\_\_\_\_\_

Dossier ingescand (papier)  naam \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_d.d.\_\_\_\_\_\_\_\_