

Aanmeldformulier:

Geslacht: M / V / X

Naam/evt.meisjesnaam:

Voorletters/voornaam:

Geboorte datum:

Adres:

Postcode/woonplaats:

Telefoonnr/mobielnr:

Email adres:

BSN-nummer:

Zorgverzekering:

Inschrijf-verzekeringsnummer:

(nieuwe) Apotheek:

Vorige huisarts:

Zo ja, dan hieronder graag een toelichting:

Krijgt u jaarlijks een griepvaccinatie:	ja	nee	
Ik geef toestemming voor het delen van mijn dossier voor de huisartsenpost CHN en/of specialisten:	ja	nee	
Heeft u astma:	ja	nee	
Heeft u COPD:	ja	nee	
Heeft u suikerziekte:	ja	nee	
Heeft u een te hoge bloeddruk:	ja	nee	
Heeft u een andere ziekte/aandoening:	ja	nee	
Heeft u een allergie voor medicijnen? / anders	ja	nee	

Overhandigd u een actueel medicatie overzicht (evt via apotheek)

Indien van toepassing:
ZZP - of WLZ- verklaring? Zo ja, toelichting

Woont u met begeleiding? Zo ja, via welke organisatie:

Naam:

Telefoonnummer:

Let op!

Wij hebben van u nodig: een kopie van uw identiteitsbewijs en uw verzekeringspolis.
Uw inschrijving is pas definitief wanneer wij het medisch dossier van uw vorige huisarts hebben ontvangen.
Daarvoor dient u uw vorige huisarts op de hoogte te brengen u uit te schrijven zodat uw dossier overgezet kan worden.
Via een aparte inschrijving kunt u zich aanmelden bij apotheek Groesbeek (deze formulieren kunt u bij de apotheek of aan de balie in de praktijk verkrijgen)
Bent u woonachtig in Duitsland, dient u te weten dat daar géén (spoed)visites gereden worden. Zorg ervoor dat u een telefoonnummer hebt van de artsen daar in geval van nood. Mogelijk ontvangt u van ons een direct nota. Wij hebben een kopie nodig van uw EHIC kaart (European Health Insurance Card).
(voor kinderen tot 16 jaar is toestemming van beide ouders nodig en kinderen vanaf 12 jaar moeten ook zelf toestemming geven)

Datum: _____

Handtekening

evt Handtekening ouder 1

evt Handtekening ouder 2