

INSCHRIJFFORMULIER

initialen:

roepnaam:

achternaam:

geboortedatum:

geslacht in paspoort: M V X

adres:

postcode*:

woonplaats:

telefoonnummer:

e-mailadres:

BSN:

zorgverzekeraar:

relatienummer:

apotheek:

vorige huisarts:

Ik geef toestemming voor het aanzetten van Landelijk Schakelpunt, zodat andere zorgverleners (zoals de huisartsenpost en apotheken) in geval van spoed mijn medische dossier kunnen inzien

ja nee

Ik geef toestemming aan Huisartsenpraktijk Oudezijde om bij mijn vorige huisarts mijn dossier op te vragen

ja nee

handtekening:

datum:

optioneel

gender: man
 vrouw
 non-binair

voornaamwoorden:

* als je postcode anders is dan 1011 of 1012, graag een korte toelichting waarom je je bij ons wil inschrijven: