**Huisartsenpraktijk De Parelvisser**

**Laan van Zevenhuizen 395**

**7323 AW APELDOORN**

**tel. 055-3665803 / www.hpdeparelvisser.nl**

**INSCHRIJFFORMULIER**

Geachte heer/mevrouw,

Wilt u onderstaand formulier invullen en ondertekenen. Formulier graag inleveren, samen met een kopie van uw identiteitsbewijs/paspoort/rijbewijs bij de assistente aan de balie van de huisartsenpraktijk. Verder vragen wij u om uw huidige huisarts te melden dat u overstapt en in het ziekenhuis te melden dat u een nieuwe huisarts heeft.

Met vriendelijke groet,

Medewerkers van huisartsenpraktijk De Parelvisser

**Hierbij schrijf ik mij in bij huisartsenpraktijk De Parelvisser, Laan van Zevenhuizen 395 te Apeldoorn. Ik machtig deze praktijk tot het afmelden bij mijn vorige huisarts en ik verzoek hem/haar mijn dossier op te sturen naar bovenstaande praktijk.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Achternaam: | \*M / V | | |
| Voorletters: |  | Roepnaam: |  |
| Geboortedatum: |  |  |  |
| Adres: |  |  |  |
| Postcode: |  | Woonplaats: |  |
| Telefoonnummer(s): |  |  |  |
| E-mailadres: |  |  |  |
| Naam verzekering: |  | Verzekeringsnummer: |  |
| BSN: |  | \*Nr. ID kaart/ paspoort/rijbewijs: |  |
| (Nieuwe) apotheek: |  |  |  |
| Geeft u toestemming voor inzage in uw medisch dossier voor apotheek en huisartsenpost? \* JA - NEE | | | |
| Vorige huisarts: |  | Woonplaats vorige huisarts: |  |
| Handtekening: |  |  |  |
| Per welke datum moet de inschrijving ingaan: |  |  |  |

\* Doorstrepen wat niet van toepassing is