

Inschrijfformulier

U heeft zich aangemeld bij onze praktijk, wij heten u van harte welkom. Wij verzoeken u onderstaand formulier volledig in te vullen.

You have enrolled in our general practice, welcome. We kindly request you to completely fill in the form below.

Hierbij schrijf ik mij tot wederopzegging in bij huisartsenpraktijk Weezenland. Ik machtig huisartsenpraktijk Weezenland mij af te melden bij mijn vorige huisarts en mijn dossier op te vragen.

I hereby confirm my registration at general practice Weezenland, valid until explicit cancellation. I authorize general practice Weezenland to request my medical file and unsubscribe me from my current general practitioner.

Voorletters/ voornaam initials/ surname:

Achternaam last name:

Geslacht gender:

Geboortedatum date of birth:

Geboorteland country of birth:

Beroep occupation:

Straat en huisnummer street and number:

Postcode, woonplaats zip code, residence:

Telefoonnummer phone number:

Emailadres:

Burger Service Nummer social security number:

Rijbewijs/paspoort/identiteitskaart*:

Documentnummer document number:

Verzekeringsmaatschappij health insurance company:

Polisnummer health insurance number:

Apotheek (Zwolle) pharmacy:

Naam, adres en telefoonnummer vorige huisarts. Name address and phone number current general practitioner.

Hierbij ga ik akkoord met inzage van de medische gegevens bij de Huisartsenpost Zwolle ten behoeve van huisartsgeneeskundige zorg tijdens avond, nacht en weekenden.

I hereby agree that "Huisartsenpost Zwolle" can have insight in my medical data for the purpose of general care during evenings, nights and weekends.

- Ja**/yes
- Nee**/no

Handtekening signature:

Datum inschrijving date of registration:

***doorhalen wat niet van toepassing is.** Strike out what does not apply (drivers' licence, passport, id-card)