

INSCHRIJFFORMULIER (vanaf 16 jaar)**Persoonsgegevens**

Geslacht: M / V

Voorletters: BSN:

Roepnaam: Paspoort- of rijbewijsnummer:

Achternaam:

Meisjesnaam:

Geboortedatum: Geboorteplaats:

Indien van toepassing: Gehuwd/Samenwonend met:

Straatnaam+nr:

Postcode: Plaats:

Telefoonnummer:

E-mail:

Zorgverzekeraar: Verzekeringsnr./Polisnr:

Apotheek:

Vorige huisarts: Plaats vorige huisarts:

- Was u eerder bij ons in de praktijk ingeschreven?: Ja/Nee
- Is uw vorige huisarts op de hoogte van uw uitschrijving? Ja/Nee
(Wij verzoeken u, op korte termijn uw vorige huisarts op de hoogte te stellen van uw uitschrijving.)



volg je zorg

☐ JA, ik geef hierbij toestemming

☐ NEE, ik geef geen toestemming

aan de huisarts om mijn gegevens te delen via het LSP.

Ik heb alle informatie gelezen in de folder 'Ja! Ik wil grip op mijn zorg' en ik heb het goed begrepen.

Door ondertekening van dit inschrijfformulier verklaart ondergetekende zich te willen inschrijven en akkoord te zijn met het privacyreglement van Huisartsenpraktijk Cothen. Het privacyreglement is vindbaar op de praktijkwebsite en ook op de praktijk in te zien.

Datum:

Plaats:

Handtekening:

Inschrijven kan alleen persoonlijk aan de balie met dit formulier en een geldig legitimatiebewijs.