**Inschrijfformulier**

Geachte heer/mevrouw/familie,

Welkom in onze praktijk. Om uw inschrijving correct te kunnen verwerken verzoeken wij u het formulier zo volledig mogelijk in te vullen. Graag per persoon van 16 jaar en ouder een apart formulier invullen. Op blad 2 van dit inschrijfformulier kunt u de namen van de meeverhuizende kinderen t/m 15 jaar noteren.

Inschrijving bij praktijkhouder:

**0 Dr. J.A.N. Huysman 0 Dr. M.A. Slager / Dr. E.E.M. Slager-Konings**

**0 Dr. A. Joosse 0 Dr. J. van Straalen**

**0 Dr. M.J. Poortvliet / Dr. C.S.B. Tollenaar 0 Mw. D. van der Pennen**

|  |  |
| --- | --- |
| Achternaam: |  Meisjesnaam: |
| Voorletters:  |  Voornaam:  |
| Geboortedatum:  | Geslacht: **M / V**  |
| Straatnaam + huisnummer: |  |
| Postcode + woonplaats:  |   |
| Telefoon en /of mobiele nr:  |  |
| Emailadres:  |  BSN-nummer: |
| Zorgverzekeraar:  |  Polisnummer: |
| Documentnummer legitimatie:  |  PP/Rijbewijs/ID/VD *(omcirkel wat voor u van toepassing is)* |
| Welke apotheek: | ⬜ Centrum Goes (hier) ⬜ Zeeuwse apotheek (zuid) ⬜ Goese Polder (noord) |

**Gezinslid / huisgenoot die al ingeschreven staat in de praktijk op hetzelfde woonverband**

|  |
| --- |
| Achternaam:  |
| Geboortedatum:  |
| BSN-nummer: |

Het is niet mogelijk bij meer dan 1 huisarts ingeschreven te staan. Het is daarom noodzakelijk dat u zich bij uw vorige huisarts laat uitschrijven. Vraagt u aan uw vorige huisarts om uw medische gegevens op te sturen naar uw nieuwe huisarts.

|  |
| --- |
| Vorige huisarts: Woonplaats: |

- Het LSP (LandelijkSchakelPunt) is een beveiligd netwerk om uw medische gegevens met apothekers en huisartsenposten in de regio te delen. Dit kan handig zijn in onverwachte situaties of bij bezoek aan de HAP ’s avonds of in het weekend.

**Toestemming delen gegevens met LSP Ja / Nee**

 - U kunt bij ons gebruik maken van MijnGezondheid.net (MGN). Dit is een persoonlijk zorgdosssier waarmee u online makkelijk en snel uw gezondheidzaken kunt regelen. Voor het gebruik van MGN heeft u DigiD met SMS-functie nodig. Hiermee wordt de veiligheid en privacy gewaarborgd.

**Ik wil mij aanmelden voor MGN Ja / Nee**

**Inschrijfformulier**

Vul hier de gegevens in van meeverhuizende kinderen (t/m 15 jaar)

**Kind 1**

|  |
| --- |
| Voorletters en roepnaam:  |
| Achternaam: Geslacht: **M/V**  |
| Geboortedatum:  |
| Zorgverzekeraar: Polisnummer: |
| BSN-nummer: |
| Documentnummer legitimatie: PP/Rijbewijs/ID/VD *(omcirkel wat voor u van toepassing is)* |

**Kind 2**

|  |
| --- |
| Voorletters en roepnaam:  |
| Achternaam: Geslacht: **M/V**  |
| Geboortedatum:  |
| Zorgverzekeraar: Polisnummer: |
| BSN-nummer: |
| Documentnummer legitimatie: PP/Rijbewijs/ID/VD *(omcirkel wat voor u van toepassing is)* |

**Kind 3**

|  |
| --- |
| Voorletters en roepnaam:  |
| Achternaam: Geslacht: **M/V**  |
| Geboortedatum:  |
| Zorgverzekeraar: Polisnummer: |
| BSN-nummer: |
| Documentnummer legitimatie: PP/Rijbewijs/ID/VD *(omcirkel wat voor u van toepassing is)* |

Patiënt verklaart per onder genoemde datum bij Huisartsencentrum Goes op naam te zijn ingeschreven:

|  |  |
| --- | --- |
| **Datum:**  | **Handtekening patiënt / gemachtigde:**  |