**Inschrijfformulier voor nieuwe patiënten**

**Huisartspraktijk de Timp**

**Persoonsgegevens**

|  |  |
| --- | --- |
| Achternaam |  |
| Meisjesnaam |  |
| Voorletters |  |
| Roepnaam |  |
| Geboortedatum |  |
| Geslacht |  |

**Adresgegevens**

|  |  |
| --- | --- |
| Straatnaam en huisnummer |  |
| Postcode en woonplaats |  |
| Telefoon nummer’s |  |
| E-mail adres |  |

**Verzekeringsgegevens**

|  |  |
| --- | --- |
| Naam zorgverzekeraar |  |
| Polisnummer |  |
| BSN nummer |  |

**Overige**

|  |  |
| --- | --- |
| Naam nieuwe apotheek  |  |
| Naam vorige huisarts |  |
| Toestemming LSP | Ja / nee |
| Paspoort/ID nummer |  |
| Gaat u akkoord met het opvragen van uw medische dossier bij uw vorige huisarts? | Ja / nee Handtekening: |