**Verklaring van inschrijving bij Huisartsenpraktijk Rademaker**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Achternaam |  | Meisjesnaam |  |
| Voorletter(s) |  | Roepnaam |  |
| Geslacht | M/V | Geboortedatum |  |
| BSN (sofinummer) |  |
| Straat + nr |  |
| Postcode + plaats |  |
| Telefoonnummer |  | Mobiel nummer |  |
| Verzekering + nummer |  |
| E-mail adres |  |
| ID / Rijbewijs nummer |  |

**Verklaart hierbij dat hij/zij per ……………………………….. als patiënt ingeschreven staat bij**

Apotheekhoudende Huisartsenpraktijk Rademaker
Groningerstraatweg 21
9843 AA Grijpskerk
Tel 0594-213600

**Ik geef akkoord voor het doorsturen van mijn medische gegevens ja/nee**

Plaats ……………………………………………… Datum……………………………………………………

Handtekening…………………………………..

**Naam vorige huisarts……………………………….**

Adres

Postcode/Plaats

**Naam vorige apotheek ……………………………………**

Adres

Postcode/plaats

Denkt u eraan dat u zelf uw vorige huisarts en apotheek op de hoogte stelt?

* ID / Rijbewijs gecontroleerd
* Patiënt ingevoerd
* Gescand
* Gefaxt vorige huisarts
* ION aangemeld
* Kennismakingsgesprek
* Dossier binnen