

			Toelichting
1.	Geslacht	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw	<i>Kruis aan wat van toepassing is</i>
2.	Geboortedatum (jaar-maand-dag)		<i>Uw geboortedatum: JJJJ-MM-DD</i>
3.	Burgerlijke staat	<input type="checkbox"/> Gehuwd <input type="checkbox"/> Ongehuwd <input type="checkbox"/> Samenwonend <input type="checkbox"/> Wed.	<i>Kruis aan wat van toepassing is</i>
4.	Achternaam		<i>Uw achternaam</i>
5.	Achternaam echtgeno(o)t(e)		<i>Achternaam van uw echtgeno(o)te indien van toepassing</i>
6.	Voorletters		<i>Uw voorletters</i>
7.	Roepnaam		<i>Uw roepnaam</i>
8.	Adres		<i>Uw adres</i>
9.	Postcode		<i>Uw postcode: #####AA</i>
10.	Woonplaats		<i>Uw woonplaats</i>
11.	Tel. nr. vast		<i>Uw vaste tel. Nummer</i>
12.	Tel. nr. mobiel		<i>Uw mobiele nummer</i>
13.	E-mailadres		<i>Uw e-mailadres</i>
14.	BSN-nummer		<i>Uw BSN-nummer</i>
15.	Zorgverzekeraar ¹⁾		<i>Uw zorgverzekeraar</i>
16.	Polisnummer		<i>Uw polisnummer</i>
17.	Apotheek ²⁾		<i>Uw apotheek</i>
18.	Vorige huisarts (naam+adres)		<i>Uw vorige huisarts</i>
19.	Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>	Ik ga akkoord met het opvragen van mijn medisch dossier bij mijn vorige huisarts	<i>Akkoord voor opvragen medisch dossier</i>
20.	Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>	Hierbij geef ik toestemming voor het elektronisch uitwisselen van medische gegevens via het LSP (Landelijk Schakel Punt, zie www.vzgz.nl).	<i>Akkoord voor aansluiting LSP</i>
21.	Datum inschrijving		<i>Datum inschrijving (jjjj-mm-dd)</i>
22.	Handtekening		<i>Uw handtekening</i>

¹⁾ De inschrijving is pas definitief na persoonlijk tonen van zorgverzekeringspasje en legitimatiebewijs bij de assistente

²⁾ Onze praktijk heeft een online verbinding met een aantal apotheken (zie website of vraag de assistente)

Inschrijfformulier gescand	COV	ION	Legitimatiebewijs	Medisch dossier opgevraagd	Medisch dossier gescand