

Geachte mevrouw, mijnheer,

U heeft zich aangemeld bij onze praktijk en wij heten u van harte welkom! Wij verzoeken u onderstaand formulier goed te lezen en in te vullen. Het is van groot belang dat iedere inwoner van Nederland staat ingeschreven bij een huisartsenpraktijk. Bij wisselen van praktijk hoort een juiste inschrijving in de nieuwe praktijk, maar ook de uitschrijving bij uw vorige huisarts hoort goed geregeld te zijn. Het is belangrijk dat uw nieuwe huisarts goed en op tijd geïnformeerd is over uw medische voorgeschiedenis. Voor het opvragen van uw medische dossier hebben wij uw toestemming nodig. Wij vragen u daarom het onderstaande in te vullen en te ondertekenen.

Voor elke persoon die u bij ons wilt laten inschrijven moeten alle gegevens volledig worden ingevuld.

Hierbij schrijf ik mij (tot wederopzegging) in bij huisartsenpraktijk De Morgen

Achternaam en Voorletters:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Man	<input type="checkbox"/> Vrouw
Roepnaam:	<input type="text"/>		
Geboortedatum:	<input type="text"/>		
Burgerlijke staat:	<input type="checkbox"/> ongehuwd	<input type="checkbox"/> gehuwd	<input type="checkbox"/> samenwonend
	<input type="checkbox"/> anders:	<input type="text"/>	
Burger Service Nummer:	<input type="text"/>		
Straat en huisnummer:	<input type="text"/>		
Postcode en Woonplaats:	<input type="text"/>		
Telefoon:	<input type="text"/>	Mobiel nummer:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>		
Zorgverzekeraar:	<input type="text"/>	Polisnummer:	<input type="text"/>
Datum inschrijving:	<input type="text"/>		
Staan meerdere personen bij onze praktijk ingeschreven	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	Voor elke persoon die u bij ons wilt laten inschrijven moeten alle gegevens volledig worden ingevuld op een apart inschrijfformulier.
Keuze apotheek:	<input type="checkbox"/> Medipark Uden	<input type="checkbox"/> Galerij Uden	<input type="checkbox"/> Volkel
	<input type="checkbox"/> Regioapotheek Bernhoven		
Naam en adres vorige huisarts:	<input type="text"/>		

Wij vragen om uw toestemming voor het volgende:

- om uw medische gegevens (elektronisch patiëntendossier) te delen met uw andere zorgverleners (zie evt. www.ikgeeftoestemming.nl):	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
- om uw medisch dossier op te vragen bij uw vorige huisarts:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
- om uw e-mail adres te gebruiken voor het toesturen van verwijsbrieven en afspraakherinneringen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
- om uw e-mail adres te gebruiken voor het toesturen van informatie over de praktijk	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
- wilt u gebruik maken van ons patiëntportaal (voor agenda afspraken, herhaalreceptuur en emails) ?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
- wilt u gebruik maken van ons digitale inloopsprekuren (beeldbellen met de praktijk) ?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee

Handtekening:

U kunt dit formulier ingevuld inleveren tijdens het kennismakingsgesprek op de praktijk.