

T. Dorresteijn,
L. van Dijk, *huisartsen*
Marktplein 6, 6744 WJ Ederveen
Tel. 0318-745245
Fax. 0318-573276



Geachte heer/mevrouw,

Welkom in onze huisartsenpraktijk. Om u zo goed mogelijk van dienst te kunnen zijn, willen wij u vragen om uw medewerking te verlenen bij het verstrekken van uw medische en administratieve gegevens. U kunt daartoe bijgevoegd formulier invullen.

Wij verzoeken u om u zo nodig ook af te melden bij uw vorige huisarts. Deze ontvangt van ons, nadat u ingeschreven bent, een verzoek via Zorgmail om het medische dossier naar ons te verzenden.

Bij de apotheek moet u zich apart aanmelden.

Wilt u ook bij het eerstvolgende contact met uw behandelend specialist aan het ziekenhuis doorgeven dat u bij ons bent ingeschreven? Daarmee wordt voorkomen dat de correspondentie naar uw vorige huisarts wordt verstuurd.

Het formulier liever niet meer via onze praktijkmail, huisartsenederveen@gmail.com sturen vanwege de aangescherpte privacywetgeving maar graag per post of per fax versturen of bij de balie afgeven.

Wij danken u vriendelijk voor uw inschrijving en hopen op een prettige samenwerking met ons team.

Met vriendelijke groet,

T. Dorresteijn en L. van Dijk

T. Dorresteijn,
L. van Dijk, *huisartsen*
Marktplein 6, 6744 WJ Edeveen
Tel. 0318-745245
Fax 0318-573276



INSCHRIJFFORMULIER

Gegevens hoofdbewoner

Datum invullen:

BSN:

Achternaam:

Voorletters:

(Roepnaam):

Geslacht: man / vrouw

Geboortedatum: - -

Straatnaam:

Huisnummer:

Postcode:

Plaats:

Telefoonnummer:

Mobiel:

Emailadres:

Naam verzekering :

Verzekeringsnummer:

LSP toestemming: ja / nee (zie: www.ikgeeftoestemming.nl)

Apotheek:

Gegevens medebewoner(s)

BSN:

Achternaam:

Voorletters:

(Roepnaam):

Geslacht: man / vrouw

Geboortedatum: - -

Straatnaam:

Huisnummer:

Postcode:

Plaats:

Mobiel:

Emailadres:

Naam verzekering :

Verzekeringsnummer:

LSP toestemming: ja / nee (zie: www.ikgeeftoestemming.nl)

Apotheek:

BSN:

Achternaam:

Voorletters:

(Roepnaam):

Geslacht: man / vrouw

Geboortedatum: - -

Straatnaam:

Huisnummer:

Postcode:

Plaats:

Mobiel:

Emailadres:

Naam verzekering :

Verzekeringsnummer:

LSP toestemming: ja / nee (zie: www.ikgeeftoestemming.nl)

Apotheek:

BSN:

Achternaam:

Voorletters:

(Roepnaam):

Geslacht: man / vrouw

Geboortedatum: - -

Straatnaam:

Huisnummer:

Postcode:

Plaats:

Mobiel:

Emailadres:

Naam verzekering :

Verzekeringsnummer:

LSP toestemming: ja / nee (zie: www.ikgeeftoestemming.nl)

Apotheek:

BSN:

Achternaam:

Voorletters:

(Roepnaam):

Geslacht: man / vrouw

Geboortedatum: - -

Straatnaam:

Huisnummer:

Postcode:

Plaats:

Mobiel:

Emailadres:

Naam verzekering :

Verzekeringsnummer:

LSP toestemming: ja / nee (zie: www.ikgeeftoestemming.nl)

Apotheek:

BSN:

Achternaam:

Voorletters:

(Roepnaam):

Geslacht: man / vrouw

Geboortedatum: - -

Straatnaam:

Huisnummer:

Postcode:

Plaats:

Mobiel:

Emailadres:

Naam verzekering :

Verzekeringsnummer:

LSP toestemming: ja / nee (zie: www.ikgeeftoestemming.nl)

Apotheek:

BSN:

Achternaam:

Voorletters:

(Roepnaam):

Geslacht: man / vrouw

Geboortedatum: - -

Straatnaam:

Huisnummer:

Postcode:

Plaats:

Mobiel:

Emailadres:

Naam verzekering :

Verzekeringsnummer:

LSP toestemming: ja / nee (zie: www.ikgeeftoestemming.nl)

Apotheek:

BSN:

Achternaam:

Voorletters:

(Roepnaam):

Geslacht: man / vrouw

Geboortedatum: - -

Straatnaam:

Huisnummer:

Postcode:

Plaats:

Mobiel:

Emailadres:

Naam verzekering :

Verzekeringsnummer:

LSP toestemming: ja / nee (zie: www.ikgeeftoestemming.nl)

Apotheek: