****

**INSCHRIJFFORMULIER HUISARTSENPRAKTIJK DE LINDEHOEVE**

(s.v.p. 1 formulier per gezinslid invullen)

|  |  |
| --- | --- |
| Voornaam |  |
| Voorletters |  |
| Achternaam |  |
| Meisjesnaam\* |  |
| Geslacht |  |
| Geboortedatum |  |
| Geboorteplaats |  |
| Adres |  |
| Postcode en plaats |  |
| Telefoon (thuis) |  |
| Mobiele telefoon |  |
| E-mail adres |  |
| Beroep |  |
| Verzekeringsmaatschappij |  |
| Polisnummer |  |
| BSN |  |
| Naam en gemeente vorige huisarts |  |
| Apotheek (gaarne omcirkelen) | Deltaplein / Voorschoten / Hofland |
| Mag de huisartsenpost, indien u buiten kantoortijden een dokter nodig heeft, uw dossier inzien?  | * JA
* NEE
 |
| Wilt u uw dossier online inzichtelijk hebben via mijngezondheid.net? | * JA
* NEE
 |

\* indien van toepassing

 Verklaart:

* Dat hij/zij patiënt wordt bij huisartspraktijk de Lindehoeve;
* Dat hij/zij de praktijk informeert bij wijziging van adres en telefoonnummer;
* Dat hij/zij de praktijk informeert bij wijziging van huisarts.

Datum: …………………………………….. Handtekening: ……………………………………………..

*Wij vragen u bij de registratie of bij het eerste bezoek aan de huisarts uw ID-bewijs en verzekeringspasje te tonen.*