**AANMELDING NIEUWE PATIENT**

Ondergetekende schrijft zich tot wederopzegging in bij **Huisartspraktijk”De Boekhorst”**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Achternaam | M /V | |
| Voorletters |  | |
| Geboortedatum |  | |
| BSN nummer |  | |
| Adres |  | |
| Postcode + woonplaats |  | |
| Telefoonmummer |  | |
| Mobiel nummer |  | |
| Emailadres |  | |
| Zorgverzekering |  | Polisnummer : |
| ID / Paspoort/ Rijbewijs | Copie gemaakt : | |
|  |  | |
| Gaat samen wonen met |  | |
| Geboortedatum |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| Naam vorige Huisarts |  |
| Adres en woonplaats |  |
| Telefoon nummer |  |

* Medische Dossier afgegeven/ontvangen
* Praktijk Folder mee
* Ik ga akkoord dat mijn medische dossier door HAP de Boekhorst wordt opgevraagd bij mijn vorige huisarts (handtekening verplicht)

Datum Handtekening

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_