**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

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