

# Inschrijfformulier

## Huisartsenpraktijk F.B. Weenink

Kostverlorenstraat 70 a

2042 PK ZANDVOORT

Tel: 023-5712499

www.huisartsweenink.nl

Inschrijving bij huisartsenpraktijk Weenink vanaf: .....

<u>Achternaam:</u>	<u>Voornaam:</u>	<u>Geb.datum:</u>	<u>BSN:</u>	<u>Verzekeraar:</u>	<u>Polis/Relatienr:</u>
.....	.....	.....m/v	.....	.....	.....
.....	.....	.....m/v	.....	.....	.....
.....	.....	.....m/v	.....	.....	.....
.....	.....	.....m/v	.....	.....	.....
.....	.....	.....m/v	.....	.....	.....
.....	.....	.....m/v	.....	.....	.....

### Adres

Straat: .....

Postcode/Plaats: .....

Telefoon: vast..... mobiel ..... van.....  
mobiel ..... van.....  
mobiel ..... van.....

E-mail: ..... van.....  
..... van.....  
..... van.....

**Apotheek:**  Zandvoortse (Raadhuisplein)  Beatrixplantsoen  Anders, nl: .....

### Vorige huisarts

Naam: .....

Plaats: .....

Ik geef toestemming aan mijn vorige huisarts voor het doorsturen van mijn medische dossier:  JA /  NEE

Wij verzoeken u om uzelf uit te schrijven bij uw vorige huisarts en hem te verzoeken ons uw medisch dossier toe te sturen (bij voorkeur via ZorgFileTransfer, onze praktijk AGB-code: 01008887)

Geef u toestemming om (via e-mail) benaderd te mogen worden voor een enquête over onze huisartsenpraktijk zodat wij onze dienstverlening kunnen verbeteren?  JA /  NEE

**Datum:** .....

**Handtekening:** .....

Gaarne van alle personen een kopie van het ID en van de zorgpas bij te voegen