

Inschrijfformulier

Medisch Centrum Delfshaven
Mathenesserlaan 500
3023 HL Rotterdam

t. 010 – 477 19 76

f. 010 – 476 42 07

Inschrijfdatum huisartsenpraktijk--.....--..... (dd-mm-jaar)

Uw naam:

Uw geslacht: man / vrouw

Uw geboortedatum (of geboortedata als u meerdere gezinsleden inschrijft):

Woonadres / postcode / plaats:

Telefoonnummer:

E-mailadres:

Burgerservicenummer (BSN):

Verzekerdennummer(s) / polisnummer(s):

Zorgverzekeraar:

De naam van uw vorige huisarts:

Uw apotheek:

- Bent u onder behandeling van een specialist (naam ziekenhuis en specialist)?
- Gebruikt u medicijnen (naam, sterkte en dosering)?
- Bent u allergisch voor medicijnen?
- Rookt u?

Datum: _____ **Handtekening:** _____

• Wilt u meerdere gezinsleden bij ons inschrijven? Vermeld dan op de achterkant van dit formulier hun namen, geboortedata en verzekerdennummers. Een handtekening van elk gezinslid is niet nodig.

• Let op: schrijf u - en uw gezinsleden - ook uit bij uw huidige huisarts.

Dit bewijs van inschrijving is ook een verzoek aan uw vorige huisarts om uw medisch dossier te sturen naar onze praktijk.