

J.F.M. Blankers, *huisarts*
C.L. van Dalsen, *huisarts*
mevr. W.J. ten Hoeve, *huisarts*
mevr. M.K. Liem, *huisarts*
mevr. M.G. Mes-Krowinkel, *huisarts*
Gezondheidscentrum
Groenendaal 1
2922 CJ Krimpen aan den IJssel
Telefoon: (0180) 512152

Datum invullen:

Welkom in onze praktijk! Dit formulier helpt ons de gegevens van u en uw gezinsleden in onze administratie op te nemen. Wij schrijven u daarmee in als patiënt in onze huisartsenpraktijk. Op grond van die inschrijving kan de huisarts declareren bij uw zorgverzekeraar. Geeft u alstublieft ook uw toestemming (ja/nee) voor het delen van uw medische gegevens via het Landelijk Schakel Punt (LSP). De belangrijkste medische gegevens uit uw dossier kunnen dan worden gedeeld met andere artsen bijvoorbeeld die van de huisartsenpost. 16+ gezinsleden moeten deze vraag zelf beantwoorden op een apart formulier.

<i>Naam van u en uw gezinsleden:</i>	<i>Geboortedatum:</i>	<i>Geslacht:</i>	<i>Toestemming LSP?</i>
1. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="M / V*"/>	<input type="text" value="JA/NEE*"/>
2. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="M / V*"/>	<input type="text" value="JA/NEE*"/>
3. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="M / V*"/>	<input type="text" value="JA/NEE*"/>
4. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="M / V*"/>	<input type="text" value="JA/NEE*"/>
5. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="M / V*"/>	<input type="text" value="JA/NEE*"/>

Wat is uw burgerlijke staat?

Gehuwd Samenwonend Alleenstaand Gescheiden Weduwe/Weduwenaar

Straatnaam en huisnummer:

Postcode:

Telefoonnummer:

(hoofd) e-mailadres:

Zorgverzekeraar:

Geboortedatum:

Polisnummer:

Was u eerder bij ons in de praktijk ingeschreven?

JA / NEE*

Is de vorige huisarts op de hoogte en worden de medische dossiers opgestuurd?

JA / NEE*

Naam vorige huisarts:

Plaats:

Handtekening:

(* Doorhalen wat niet van toepassing is.)