

## Huisartsenpraktijk Wouterswoude

Foarwei 70A

9113PE Wâlterswald

Tel: 0511422402

### Inschrijfformulier

Hartelijk welkom in onze praktijk. Met het ondertekenen van dit formulier gaat u – tot wederopzegging - akkoord met inschrijving bij ons in de praktijk en onze praktijkvoorwaarden. Tevens geeft u hiermee toestemming voor het opvragen van uw medische dossier bij uw vorige huisarts. Graag vragen wij u ook om het privacyreglement op onze website te lezen, hierin staat hoe wij omgaan met uw gegevens. De overheid verplicht ons uw identiteit vast te stellen alvorens u kan worden ingeschreven. Alleen het volledig ingevulde onderstaande formulier samen met een kopie van ieders identiteitsbewijs (wordt na gebruik vernietigd) en het ingevulde LSP toestemmingsformulier worden geaccepteerd. Op uw inschrijving rust het medisch beroepsgeheim.

---

Voornaam: ..... M V Voorletters: .....  
Achternaam: ..... Geboortedatum: .....-.....-.....  
Adres: ..... Postcode: .....  
Woonplaats: ..... Vaste telefoon:.....  
Mobiele telefoon: ..... E-mail:.....  
BSN (=sofinummer) : .....  
Verzekering: ..... Verzekeringsnummer: .....

Naam vorige huisarts: ..... Vestigingsplaats:.....  
Adres: ..... Telefoon:.....

---

Nieuwe apotheek: Apotheek de Dokkumer Wâlden te Damwâld anders nl.....

---

Hierbij schrijf ik mij in bij Huisartsenpraktijk Wouterswoude en machtig ik de praktijk tot het afmelden bij mijn vorige huisarts en het opvragen van mijn gehele medische dossier.

datum: ..... handtekening:.....

**Op de achterkant van dit formulier kunt u indien nodig andere gezinsleden inschrijven.**

Kinderen vanaf 12 jaar dienen ook zelf toestemming te geven door middel van een handtekening.

## Geneeskundige Behandelingsovereenkomst

Voornaam: ..... M V Voorletters: .....  
Achternaam: ..... Geboortedatum: .....-.....-.....  
Mobiele telefoon: ..... E-mail:.....  
BSN (=sofinummer) : .....  
Verzekering: ..... Verzekeringsnummer: .....

Hierbij schrijf ik mij in bij Huisartsenpraktijk Wouterswoude en machtig ik de praktijk tot het afmelden bij mijn vorige huisarts en het opvragen van mijn gehele medische dossier.

datum: ..... handtekening:.....

---

Voornaam: ..... M V Voorletters: .....  
Achternaam: ..... Geboortedatum: .....-.....-.....  
Mobiele telefoon: ..... E-mail:.....  
BSN (=sofinummer) : .....  
Verzekering: ..... Verzekeringsnummer: .....

Hierbij schrijf ik mij in bij Huisartsenpraktijk Wouterswoude en machtig ik de praktijk tot het afmelden bij mijn vorige huisarts en het opvragen van mijn gehele medische dossier.

datum: ..... handtekening:.....

---

Voornaam: ..... M V Voorletters: .....  
Achternaam: ..... Geboortedatum: .....-.....-.....  
Mobiele telefoon: ..... E-mail:.....  
BSN (=sofinummer) : .....  
Verzekering: ..... Verzekeringsnummer: .....

Hierbij schrijf ik mij in bij Huisartsenpraktijk Wouterswoude en machtig ik de praktijk tot het afmelden bij mijn vorige huisarts en het opvragen van mijn gehele medische dossier.

datum: ..... handtekening:.....

---

Voornaam: ..... M V Voorletters: .....  
Achternaam: ..... Geboortedatum: .....-.....-.....  
Mobiele telefoon: ..... E-mail:.....  
BSN (=sofinummer) : .....  
Verzekering: ..... Verzekeringsnummer: .....

Hierbij schrijf ik mij in bij Huisartsenpraktijk Wouterswoude en machtig ik de praktijk tot het afmelden bij mijn vorige huisarts en het opvragen van mijn gehele medische dossier.

datum: ..... handtekening:.....

---

**Vergeet u niet een kopie van uw identiteitsbewijs toe te voegen.**