

INSCHRIJFFORMULIER



Welkom bij MC Molenaar! Om uw gegevens goed te kunnen verwerken vragen wij u om **per gezinslid 1 formulier zo volledig mogelijk in te vullen. Bij inleveren (kopie) geldig ID en verzekeringspas tonen!**
Voor kinderen tot 16 jaar is toestemming van beide (indien van toepassing) ouders met gezag noodzakelijk

Inschrijving in praktijk (s.v.p. aankruisen wat van toepassing is):

- N.B. Amoroso F.M. de Groot I.H. van der Waal
 Praktijk de Zoom A.J. Evertse

Voornaam:
Voorletters:
Achternaam:
Geboortedatum:
E-mailadres:
Adres:
Postcode:
Woonplaats:
Telefoonnummer:
Naam zorgverzekering:
Polis-/relatienummer:
BSN:
Beroep:
Allergie:
Medicatie:

M / V / X

Intolerantie geneesmiddel:
Medische bijzonderheden:

Voorkeur apotheek*:

- Apotheek Zoomwijck (inpandig) / Apotheek Apollo / overig nl:

Vorige huisarts (naam en plaats):

Hierbij verklaar ik (en/of mijn ouder(s)/voogd/voogden) dat ik bij bovenstaande arts ben ingeschreven. Ik geef mijn nieuwe huisarts **WEL/GEEN*** toestemming om mijn medisch dossier op te vragen bij mijn vorige huisarts.

Indien kind jonger dan 16 jaar: wordt het gezag over het kind gedeeld met een andere ouder? **JA/NEE/NVT***

Ik (en/of ouder(s)/voogd) geef mijn nieuwe huisarts **WEL/GEEN*** toestemming mijn patiëntendossier aan te melden bij het Landelijk Schakelpunt zodat dit dossier o.a. op de huisartsenpost ingezien kan worden. (vzvz.nl)

Ik wil **WEL/GEEN*** gebruik maken van MijnGezondheid.net. Dit is uw gratis persoonlijke zorgdossier op internet en biedt u de mogelijkheid gezondheidszaken makkelijk en snel te regelen. Zie mcmolenaar.nl

**doorhalen wat niet van toepassing is*

.....
Plaats **Naam** **Naam ouder / voogd 1*** **Naam ouder / voogd 2***
(volwassene/kind vanaf 12jr) (bij inschrijving kind tot 16jr) (indien van toepassing)

.....
Datum **Handtekening** **Handtekening** **Handtekening**

IDENTITEITSCONTROLE UITGEVOERD AAN DE HAND VAN EEN GELDIG ID: JA / NEE
(uit te voeren door medewerker MC Molenaar)