**Inschrijfformulier deel 1**

**Ondergetekende(n):**

|  |  |
| --- | --- |
| **Naam** |  |
| **Voornaam + voorletters** |  |
| **m/v** |  |
| **Geboortedatum** |  |
| **Adres** |  |
| **Postcode en woonplaats** |  |
| **Telefoonnummer** |  |
| **Mobiel nummer** |  |
| **Email adres** |  |
| **BSN Nummer** |  |
| **Zorgverzekeraar** |  |
| **Vorige huisarts** |  |
| **Aanmelding landelijk schakelpunt** | **Ja / nee** |
| **Aanmelding**  **Uw zorg online** | **Ja / nee** |
| **Bekende allergieën** |  |
| **In het verleden patiënt geweest van huisarts Holtrop/**  **Verhoeven of huisarts Lim** | **Ja/nee** |

Verklaart hierbij dat hij/zij per ……………………… (datum invullen) als patiënt staat ingeschreven bij:

Huisarts(praktijk) H.L. Lim

Laan der Zeven Linden 167 2645 HV Delfgauw

AGB-code zorgverlener 022525

AGB - code praktijk 01056563

Plaats ……………………………………… Datum ……………………………

Handtekening ……………………………………….

**U wordt verzocht beide formulieren volledig in te vullen, te ondertekenen en samen met een kopie van uw zorgpas en een kopie van uw identiteitsbewijs aan de assistente te overhandigen.**

**Inschrijfformulier deel 2**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Partner** | **Kind 1** | **Kind 2** |
| **Naam** |  |  |  |
| **Voornaam + voorletters** |  |  |  |
| **m/v** |  |  |  |
| **Geboortedatum** |  |  |  |
| **Mobiel nummer** |  |  |  |
| **Email adres** |  |  |  |
| **BSN Nummer** |  |  |  |
| **Zorgverzekeraar** |  |  |  |
| **Aanmelding landelijk schakelpunt** | **Ja / nee** | **Ja / nee** | **Ja / nee** |
| **Aanmelding Uw zorg online** | **Ja / nee** |  |  |
| **Bekende allergieën** |  |  |  |

**Vervolg inschrijfformulier deel 2**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Kind 3** | **Kind 4** | **Kind 5** |
| **Naam** |  |  |  |
| **Voornaam + voorletters** |  |  |  |
| **m/v** |  |  |  |
| **Geboortedatum** |  |  |  |
| **Mobiel nummer** |  |  |  |
| **Email adres** |  |  |  |
| **BSN Nummer** |  |  |  |
| **Zorgverzekeraar** |  |  |  |
| **Aanmelding landelijk schakelpunt** | **Ja / nee** | **Ja / nee** | **Ja / nee** |
| **Bekende**  **allergieën** |  |  |  |