

Welkom

Wij hebben de volgende informatie nodig om u in te schrijven.
Vul dit formulier daarom aub volledig in. Bij voorbaat hartelijk dank!

Persoonsgegevens

Voornaam: Voorletters:
Achternaam:
Geboortedatum: Geboorteplaats:
Burgerservicenummer (BSN):
Zorgverzekeraar en polisnummer:

Adres:
Postcode: Plaats:
Telefoonnummer(s):
E-mailadres:

Wij zijn wettelijk verplicht uw identiteit te controleren en het nummer en soort identiteitsbewijs (paspoort, ID-kaart, rijbewijs) in onze administratie te noteren. Toon daarom bij inschrijving uw identiteitsbewijs aan de assistente. Vul hier alvast het documenttype en nummer in:

Paspoort / ID-kaart / rijbewijs nr:

Medische Gegevens

Van welke **apotheek** gaat u gebruik maken?

LET OP: Regel zelf de overstap naar uw nieuwe apotheek.

Geeft u toestemming om **enkele belangrijke medische gegevens** te **delen** met de Huisartsenspoedpost, ziekenhuizen en apotheken? Dit is in uw belang, bijv. bij **spoed**.

☐ ja ☐ nee

Als u 'ja' aankruist verklaart u akkoord te gaan met de voorwaarden op <https://www.volgjezorg.nl/>.

Geeft u ons toestemming om uw **dossier** op te vragen bij uw vorige huisarts?

☐ ja ☐ nee (zonder uw toestemming kunnen wij uw gegevens niet ontvangen)

LET OP: geef ook toestemming aan uw vorige huisarts voor het doorsturen van uw dossier!

Naam **vorige huisarts:**

Plaats vorige huisarts:

Wij verwerken diverse persoonsgegevens in het kader van uw medische behandeling en de financiële afhandeling daarvan. Raadpleeg voor meer informatie onze website: [Privacyverklaring](#).

Als u ouder dan 16 jaar bent, sturen wij u een e-mail om gebruik te maken van [Spreekuur.nl](#).

Met vriendelijke groet,

datum:

Uw handtekening:

Sander Broens, huisarts
BIG-registratie 9049335101

.....

.....