Huisartspraktijk E.P. Rozing
Borchsingel 33C
9766 PP Eelderwolde
Tel: 050-5257904
E-mail: info@huisartspraktijkrozing.nl
[www.](http://www.gezondheidscentrumterborch.nl)huisartspraktijkrozing.nl

**Inschrijvingsformulier nieuwe patiënt**

|  |  |
| --- | --- |
| Voorletters en achternaam |  |
| Roepnaam |  | M / V |
| Geboortedatum |  |
| Burgerservicenummer (BSN) |  |
| Telefoonnummer |  |
| E-mailadres |  |
| Adres |  |
| Postcode en woonplaats |  |
| Zorgverzekeraar |  |
| Verzekeringsnummer |  |
| Apotheek (toekomstige) |  |
| Allergieën (antibiotica e.d.) |  |
| Naam en adres vorige huisarts |  |
| Toestemming uitwisseling medische gegevens via LSP | ja / nee(voor meer informatie: volgjezorg.nl) |

Hierbij verklaar ik ingeschreven te zijn bij Huisartspraktijk E.P. Rozing.
Ik geef toestemming voor de overdracht van mijn medisch dossier naar deze praktijk.
(graag zelf uw vorige huisarts informeren over uw overschrijving)

|  |  |
| --- | --- |
| Datum van inschrijving |  |
| Handtekening\* |  |
| Handtekening ouder/verzorger\* |  |

\* Tot 12 jaar is een handtekening van ouder/verzorger voldoende. \*Tussen de 12 en 16 jaar dient een ouder/verzorger het formulier mede te ondertekenen. \* Vanaf 16 jaar volstaat een handtekening van u zelf.

Bij inschrijving graag een kopie geldig legitimatiebewijs voegen.

In te vullen door de assistente:

* Ingeschreven
* ION aangemeld
* LSP aangemeld