**Inschrijfformulier huisartspraktijk de Meer**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Achternaam** |  | **Meisjesnaam** |  | |
| **Voornaam** |  | **Voorletters** |  | |
| **Geboortedatum** |  | **Geboorteplaats** |  | |
| **Straat + huisnr.** |  | | | |
| **Postcode + plaats** |  | **Telefoon mobiel/ Telefoon thuis** |  | |
| **Zorgverzekeraar** |  | **Verzekeringsnr.** |  | |
| **E-mailadres** |  | | | |
| **Beroep** |  | | | |
| **Apotheek** | ⃝ Apotheek Culemborg | ⃝ Apotheek De Fonteijn | | ⃝ Apotheek Parijsch |
| **BSN/ Sofinummer** |  | **Documentnr.**  **(rijbewijs, paspoort of ID-kaart)** | |  |
| **Vorige huisarts + plaats** |  | | | |

⃝ Man ⃝ Vrouw ⃝ Anders

**Hoe woont u?**⃝ Alleen ⃝ Gehuwd ⃝ Samenwonend ⃝ Weduwe/ weduwnaar

⃝ Anders, namelijk\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Bent u afgelopen 2 jaar uitgenodigd voor de griepprik?**  ⃝ Ja ⃝ Nee  
*Zo ja, wilt u de eerstvolgende keer de griepprik krijgen?* ⃝ Ja ⃝ Nee  
**Mogen uw medische gegevens worden aangemeld bij het LSP?**  ⃝ Ja ⃝ Nee  
*Via het Landelijke Schakelpunt deelt de huisarts medicatiegegevens van de patiënt met de Huisartsenpost, apotheken en medisch specialisten. Voor meer informatie zie bijgeleverde folder of website* [*www.volgjezorg.nl*](http://www.volgjezorg.nl)

**Hierbij geef ik toestemming om mijn medische gegevens op te vragen bij mijn vorige huisarts.**

**Datum: Handtekening:** (personen vanaf 16 jaar tekenen zelf!)

**Plaats: Eigen paraaf (nodig voor kinderen 12-16 jaar):**