

|  |  |
| --- | --- |
| **INSCHRIJFFORMULIER voor 16 jaar en ouder** m/v  |  |
| Voornaam:   | …………………………………………………………………………………..  |
| Achternaam:   | …………………………………………………………………………………..  |
| Geboortedatum:   | …………………………………………………………………………………..  |
| Ziektekostenverzekering /polisnr:  | …………………………………………………………………………………..  |
| BSN-nummer:   |   |  ………………………………………………………………………………….. |
| Adres:   |   | …………………………………………………………………………………..  |
| Postcode / Woonplaats:   |   | …………………………………………………………………………………..  |
| Telefoonnummer:   |   | …………………………………………………………………………………..  |
| Mobiel telefoonnummer:   |   | …………………………………………………………………………………..  |
| Email adres:   |   | …………………………………………………………………………………..  |
| Vorige huisarts / adres:   |   | …………………………………………………………………………………..  |

Ik geef Huisartsenpraktijk Groenewegen en van Kuik wel / geen toestemming om mijn medische gegevens beschikbaar te stellen aan Huisartsenpost West-Brabant via het LSP. Voor meer informatie hierover zie: [www.volgjezorg.nl](http://www.volgjezorg.nl) of haal de gratis folder op in onze praktijk.

Let op: u dient zich uit te laten schrijven bij uw vorige huisarts en zelf uw medische gegevens op te vragen / op te laten sturen naar:

Huisartsenpraktijk Groenewegen en van Kuik

Duinhoefplein 3

4631 MC Hoogerheide

Handtekening: …………………………………………………………………………………..

 Datum: …………………………………………………………………………………..



# INSCHRIJFFORMULIER INWONENDEN onder de 16 jaar

|  |  |
| --- | --- |
| Voornaam kind 1: m/v   | ……………………………………………………………………………..  |
| Achternaam:   | ……………………………………………………………………………..  |
| Geboortedatum:   | ……………………………………………………………………………..  |
| BSN-nummer:   | ……………………………………………………………………………..  |
| Ziektekostenverzekering / polisnr:   | ……………………………………………………………………………..  |
| LSP:   | Ja / Nee  |
| Voornaam kind 2: m/v   | ……………………………………………………………………………..  |
| Achternaam:   | ……………………………………………………………………………..  |
| Geboortedatum kind:   | ……………………………………………………………………………..  |
| BSN-nummer:   | ……………………………………………………………………………..  |
| Ziektekostenverzekering / polisnr:   | ……………………………………………………………………………..  |
| LSP:   | Ja / Nee  |
| Voornaam kind 3: m/v   | ……………………………………………………………………………..  |
| Achternaam:   | ……………………………………………………………………………..  |
| Geboortedatum kind:   | ……………………………………………………………………………..  |
| BSN-nummer:   | ……………………………………………………………………………..  |
| Ziektekostenverzekering / polisnr:   | ……………………………………………………………………………..  |
| LSP:   | Ja / Nee  |