

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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 |