

Inschrijving op naam bij praktijk Veldhuis/Blom en machtiging voor het opvragen van medische gegevens.

Gelieve dit formulier in te leveren bij de praktijk en een bewijs van **legitimatie** mee te brengen.

Voorletter(s) + Voornaam:
Achternaam: M / V *
Adres:
Postcode + Plaats:
Geboortedatum:
E-Mailadres:
Mobiel telefoonnummer:
Thuis telefoonnummer:
Burgerservicenummer:
Zorgverzekeraar:
Verzekerdennummer:
Apotheek:

Verklaart hierbij dat hij/zij* zich met ingang van (datum) als patiënt(e) aanmeldt bij praktijk Veldhuis/Blom.

Geeft praktijk Veldhuis/Blom wel/geen* toestemming om zijn of haar dossier op te vragen bij de vorige huisarts

Naam:
Adres:
Plaats:
Telefoonnummer:

Aan de vorige huisarts: Graag het medisch dossier via ZorgMail File Transfer (ZFT) overdragen. Als het goed is heeft u een edifact bericht ontvangen dat bovenstaande patiënt(en) overgestapt is(/zijn) naar onze praktijk. Er is een speciale ZFT-instructiefilm waar duidelijk op te zien is hoe het overdragen moet. Toets ZFT- instructiefilm in op www.google.nl en u vindt de instructiefilm.

Handtekening: Plaats: Datum:

* S.v.p. doorhalen wat niet van toepassing is.

N.B. Wanneer u een baxter heeft: Zorgt u voor een goede overdracht tussen uw oude en nieuwe apotheek. De nieuwe apotheek heeft tijd nodig om uw baxter te maken.

Identiteit door medewerker praktijk geverifieerd

Rijbewijs/ID kaart/paspoort* nummer: