

**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: .....

Reden van overschrijving: .....

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](http://www.google.nl) en u vindt de instructiefilm.*

---

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

Baxter JA / NEE\*

Indien u een baxter heeft laat de apotheek tijdig weten als u overstapt naar een andere apotheek!

Onder behandeling bij de praktijkondersteuner JA / NEE\*

Handtekening: ..... Plaats: ..... Datum: .....

**Onderstaande in te vullen door de assistente**

- Identiteit door medewerker praktijk geverifieerd**
- Rijbewijs / ID kaart / paspoort\* nummer:**

---

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