

HUISARTSENPRAKTIJK WESTDORP

Jan van Arkelstraat 1

8101 EN Raalte

0572 346860

<https://www.huisartsenwestdorp.nl/>

INSCHRIJFFFORMULIER VOLWASSENEN:

=====

Woont u met meerdere personen op 1 adres dan moet voor ieder apart een inschrijffformulier worden ingevuld.

=====

Achternaam: _____

Meisjesnaam: _____

Voorletters: _____

Voornaam: _____

Geboortedatum: ____ - ____ - ____ Geboorteland: _____

BSN nummer: _____ **aub kopie ID toevoegen**

Geslacht: M/V (doorhalen wat niet van toepassing is)

Adres: _____

Postcode/plaats: _____

Vast telefoonnummer: _____

Mobiel nummer: 06- _____

Email adres: _____@_____

Zorgverzekering: _____ Polisnr: _____

Wat is uw beroep/opleiding: _____

Momenteel werkzaam: 0 ja 0 nee 0 Pensioen 0 Vut 0 Arbeidsongeschikt 0 Werkloos

Naam en adres vorig huisarts: _____

Als uw partner hier al is ingeschreven noteer dan hieronder de gegevens:

Naam partner: _____ Geboortedatum: ____ - ____ - ____

Huisarts: _____

Vergeet niet de andere zijde van dit formulier ook in te vullen!

Burgerlijke stand:(aub aankruisen wat van toepassing is)

- ☐ Gehuwd
- ☐ geregistreerd partnerschap
- ☐ samenwonend
- ☐ weduwe/-naar
- ☐ gescheiden zonder kinderen
- ☐ gescheiden met kinderen
- ☐ alleenstaand zonder kinderen
- ☐ alleenstaand met kinderen.

Heeft u kinderen: _____ ja/nee

Hoeveel kinderen heeft u: _____ Leeftijd: _____

Thuis wonende kinderen: _____ ja/nee

Wat is uw woonsituatie: (aankruisen van toepassing is)

- ☐ gezin
- ☐ één ouder gezin
- ☐ samengesteld gezin
- ☐ alleen wonend
- ☐ verpleeg/verzorgingshuis
- ☐ woonvorm/begeleid wonen
- ☐ op kamers

Naam: _____

Naam: _____

Heeft u een Mantelzorger: _____ ja/niet van toepassing

Zo ja: wilt u dan hieronder noteren:

Naam mantelzorger: _____

Wat is uw relatie: _____

Telefoonnummer: _____ bij geen gehoor: _____

Bij welke apotheek wilt u worden ingeschreven, Apothekers van Salland locatie:

___ **Westdorp** ___ **Noord** (aankruisen aub)

Vanaf welke datum wilt u zich inschrijven? _____

Hierbij geef ik toestemming aan mijn nieuwe huisarts om mijn medisch dossier op te vragen bij mijn vorige huisarts.

Datum: - - **Handtekening:**

Nieuwe huisarts : (in te vullen door assistente)

___ **B.D.C. Baake** ___ **M.H.E. Broekman** ___ **E.M. Hommes** ___ **J.J. Nijman** ___ **E.F. Venemans**