

VERKLARING INSCHRIJVING HUISARTSENPRAKTIJK

Dit formulier bevat een verklaring van inschrijving in de praktijk t.b.v. onze administratie, ION registratie en huisartsendeclaraties bij zorgverzekeraars. Een kopie van dit inschrijfformulier wordt toegezonden aan uw vorige huisarts en per fax verstuurd naar Cluster Farmacie Huisartsen (faxnummer 071-5825697)

Gegevens huisartsenpraktijk: A.M. van der Kaaden
Sixlaan 2
2182AB Hillegom
Tel. 0252-515114

Uw gegevens:

Voorletters en naam

Geslacht man/vrouw

BSN nummer

Geboortedatum

Adres

Postcode, woonplaats

Telefoonnummer(s)

E-mail adres

Contactpersoon

Zorgverzekering

Relatie- polisnummer

Apotheek

Geeft u toestemming voor gegevensuitwisseling met de huisartsenpost in Voorhout indien nodig tijdens waarneming in avond/nacht/weekend? **Ja Nee**

Uw vorige huisartsenpraktijk

Naam vorige huisarts

Adres vorige huisarts

Postcode en woonplaats

Datum en ondertekening

Inschrijfdatum

Uw handtekening: