

Inschrijfformulier Gezondheidscentrum Assen-Oost

Huisartsen: G.R. Tuinman, F.J. Leenstra,
R. Westerdijk, T. Sikkema, Y.V. Sanders,
N.A. van der Werff.

Waarnemer: E.S.L. Feldbrugge

Om u in te schrijven in onze praktijk willen wij u vragen dit formulier volledig in te vullen en te ondertekenen. Zonder ondertekening kunnen wij uw inschrijving niet in behandeling nemen. Gelieve uw vorige huisarts van de overschrijving op de hoogte te stellen.

Neem een geldig legitimatiebewijs van alle in te schrijven personen mee bij inschrijving in de praktijk.

Inschrijfdatum: z.s.m. per: _____ **Huisarts:** _____

Gegevens:

Voorletters + achternaam		M/V
Roepnaam:		
Geboortedatum:		
Telefoonnummer:		
Mobiele nummer:		
Adres:		
Postcode + woonplaats:		
Emailadres:		
Burgerlijke staat:		
BSN-nummer:		
ID/ Rijbewijs / Paspoort nr: Omcirkelen welke van toepassing		
Zorgverzekeraar + polisnummer:		
Wilt u een online dossier?*	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee (dit kan alleen wanneer u een uniek emailadres heeft)	
Geeft u toestemming voor het uitwisselen van gegevens met andere zorgverleners via het LSP? (apotheek/doktersdienst)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
Naam van de vorige huisarts + plaats:		
Naam van de (nieuwe) apotheek:		
Gaat het om een herinschrijving?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	

Ondergetekende machtigt hierbij de nieuwe huisarts tot het ION-afmelden bij de vorige huisarts en verzoekt deze het medisch dossier aan ons over te dragen. Indien mogelijk graag een digitale overdracht via Zorgmailfiletransfer (Promedico ASP).

Handtekening:

www.gcassenoost.praktijkinfo.nl

*In het online dossier kunt u zelf afspraken inplannen, e-consulten sturen en uw eigen dossier en uitslagen inzien

Huisartsen: G.R. Tuinman, F.J. Leenstra,
R. Westerdijk, T. Sikkema, Y.V. Sanders,
N.A. van der Werff.

Waarnemer: E.S.L. Feldbrugge

Indien van toepassing gegevens van partner op hetzelfde woonadres:

Voorletters + achternaam	M/V
Roepnaam:	
Geboortedatum:	
Telefoonnummer:	
Mobiele nummer:	
Emailadres:	
Burgerlijke staat:	
BSN-nummer:	
ID/ Rijbewijs / Paspoort nr: Omcirkelen welke van toepassing	
Zorgverzekeraar + polisnummer:	
Wilt u een online dossier?*	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee (dit kan alleen wanneer u een uniek emailadres heeft)
Geeft u toestemming voor het uitwisselen van gegevens met andere zorgverleners via het LSP? (apothek/doktersdienst)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Naam van de vorige huisarts + plaats:	
Naam van de (nieuwe) apotheek:	
Gaat het om een herinschrijving?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

Ondergetekende machtigt hierbij de nieuwe huisarts tot het ION-afmelden bij de vorige huisarts en verzoekt deze het medisch dossier aan ons over te dragen. Indien mogelijk graag een digitale overdracht via Zorgmailfiletransfer (Promedico ASP).

Handtekening:

www.gcassenoost.praktijkinfo.nl

*In het online dossier kunt u zelf afspraken inplannen, e-consulten sturen en uw eigen dossier en uitslagen inzien

Huisartsen: G.R. Tuinman, F.J. Leenstra,
R. Westerdijk, T. Sikkema, Y.V. Sanders,
N.A. van der Werff.

Waarnemer: E.S.L. Feldbrugge

Indien van toepassing, gegevens kind(eren) op hetzelfde woonadres:

Voorletters + achternaam		M/V
Roepnaam:		
Geboortedatum:		
Mobiele nummer:		
Emailadres:		
BSN-nummer:		
ID/ Rijbewijs / Paspoort nr: Omcirkelen welke van toepassing		
Zorgverzekeraar + polisnummer		
Wilt u een online dossier?*	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee (dit kan alleen wanneer u een uniek emailadres heeft)	
Geeft u toestemming voor het uitwisselen van gegevens met andere zorgverleners via het LSP? (apothek/doktersdienst)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
Naam van de vorige huisarts + plaats:		
Naam van de (nieuwe) apotheek:		
Gaat het om een herinschrijving?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	

Ondergetekende machtigt hierbij de nieuwe huisarts tot het ION-afmelden bij de vorige huisarts en verzoekt deze het medisch dossier aan ons over te dragen. Indien mogelijk graag een digitale overdracht via Zorgmaifiletransfer (Promedico ASP).

Handtekening (indien ouder dan 12 jaar) : _____

Handtekening(en) **gezaghebbende ouder(s)** voor kinderen tot 16 jaar:

Ouder 1:

Ouder 2:

Huisartsen: G.R. Tuinman, F.J. Leenstra,
R. Westerdijk, T. Sikkema, Y.V. Sanders,
N.A. van der Werff.
Waarnemer: E.S.L. Feldbrugge

Indien van toepassing, gegevens kind(eren) op hetzelfde woonadres:

Voorletters + achternaam	M/V
Roepnaam:	
Geboortedatum:	
Mobiele nummer:	
Emailadres:	
BSN-nummer:	
ID/ Rijbewijs / Paspoort nr: Omcirkelen welke van toepassing	
Zorgverzekeraar + polisnummer	
Wilt u een online dossier?*	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee (dit kan alleen wanneer u een uniek emailadres heeft)
Geeft u toestemming voor het uitwisselen van gegevens met andere zorgverleners via het LSP? (apothek/doktersdienst)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Naam van de vorige huisarts + plaats:	
Naam van de (nieuwe) apotheek:	
Gaat het om een herinschrijving?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

Ondergetekende machtigt hierbij de nieuwe huisarts tot het ION-afmelden bij de vorige huisarts en verzoekt deze het medisch dossier aan ons over te dragen. Indien mogelijk graag een digitale overdracht via Zorgmailfiletransfer (Promedico ASP).

Handtekening (indien ouder dan 12 jaar) :

Handtekening(en) **gezaghebbende ouder(s)** voor kinderen tot 16 jaar:

Ouder 1:

Ouder 2:

Inschrijfformulier Gezondheidscentrum Assen-Oost



Huisartsen: G.R. Tuinman, F.J. Leenstra,
R. Westerdijk, T. Sikkema, Y.V. Sanders,
N.A. van der Werff.

Waarnemer: E.S.L. Feldbrugge

www.gcassenoost.praktijkinfo.nl

*In het online dossier kunt u zelf afspraken inplannen, e-consulten sturen en uw eigen dossier en uitslagen inzien