

**VERKLARING VAN INSCHRIJVING BIJ HUISARTS
EN MACHTIGING OPVRAGEN VAN MEDISCHE GEGEVENS BIJ VORIGE HUISARTS**

Ondergetekende :

Naam en voorletters

Roepnaam:

Adres

Postcode

Emailadres:

Woonplaats

Telefoon:

Geboortedatum

GSM:

Zorgverzekeraar:

UZOVI-code:

Verzekernummer:.....

Burgerservicenummer:.....

Soort identiteitsdocument:

(GRAAG AAN BALIE TONEN BIJ INLEVEREN
OF EEN KOPIE BIJVOEGEN)

Nummer identiteitsdocument:

Verklaart hierbij dat hij/zij per (datum invullen) als patiënt staat ingeschreven bij

Huisartsenpraktijk De Brinken

Mantingerbrink 150

7812 MH Emmen

AGB-code zorgverlener: F.M. Voskamp – 01/027479

M.J. Aussems – 01/028947

AGB-code praktijk: 01/056844

Hij/zij schrijft zich in bij de volgende apotheek:

Hij/ zij is onder behandeling bij de volgende specialisme(n):.....

Ondergetekende machtigt bovengenoemde huisarts(en) aan zijn/haar vorige huisarts te verzoeken hem/haar uit te schrijven en zijn/haar medisch dossier op te vragen (voor zover dit nog niet gebeurd is).

Gegevens vorige huisarts: (naam huisarts)

..... (plaats)

..... (telefoon- of faxnummer)

Plaats: Emmen

Datum

Handtekening

Handtekening ouder/voogd:..... (bij minderjarigen)

N.B. Per gezinslid graag een apart formulier invullen