

**Naam en voorletters:** ………………………………………………………………………………………..

**Roepnaam: (indien jonger dan 15 jaar)** …………………………………………………………….

**Geboortedatum:** ……………………………………………………………………………………………….

**Geboorteland:**……………………………………………………………………………………………………

**Geslacht: man/vrouw**

**BSN nummer:** ……………………………………………………………………………………………………

**Straat :** ………………………………………... **… Huisnummer:**………………………………………...

**Postcode:** ………………………………………..**Woonplaats:** …………………………………………..

**Telefoon thuis:**…………………………………**Mobiel:** …………………………………………………..

**Emailadres:**………………………………………………………………………………………………………..

**Staat er al iemand ingeschreven in deze praktijk en komt u op hetzelfde adres te wonen? Zo ja wie betreft het:** …………………………………………………………………………………………………………………………..

**Naam zorgverzekeraar:** …………………………………….**Nummer:**……………………………….

**Uzovi code**:………………………………………………………………………………………………………..

**Burgerlijk staat:** (doorhalen wat niet van toepassing is)

Gehuwd/ongehuwd/samenwonend/gescheiden/weduwe/weduwnaar.

**Heeft u kinderen:** 0 nee 0 ja

**Apotheek:** ………………………………………………………………………………………………………..

**Gaat u akkoord met inzage van uw medische gegevens door de**

**huisartsenpost?**

0 nee

0 ja

**Handtekening:** …………………………………………………………………………………………………..

**Gegevens vorige huisarts**

**Naam praktijk**: .…………………………………………………………………………………………………

**Straat :** ………………………………………... **… Huisnummer:**………………………………………...

**Postcode:** ………………………………………..**Woonplaats:** …………………………………………..

**Telefoon nummer:** …………………………………………………………………………………………….

**Datum van inschrijving :** …………………………………**Plaats:** ……………………………………..

**Akkoord versturen medische gegevens oude huisarts:** …………………………………….

**Handtekening:** …………………………………………………………………………………………………..

**U draagt er zelf zorg voor dat uw vorige huisarts op de hoogt is van uw uitschrijving, i.v.m. het opsturen van uw medische dossier.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Indien gewenst kunt u onderstaande lijst invullen, zodat de huisarts alvast op de hoogte is van belangrijke medische zaken.**

**Zijn er zaken van belang voor uw nieuwe huisarts?**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Als u dit formulier komt inleveren in de praktijk, graag uw identiteitsbewijs meenemen. Tevens hebben wij een kopie van de zorgpas nodig.**

**Woonachtig in buitenland**

In tegenstelling tot wat uw zorgverzekeraar aangeeft ervaren wij, huisartsenpraktijk Maasoever problemen met het vergoeden van rekeningen van patiënten woonachtig in het buitenland.

Dit heeft ons doen besluiten dat wij voor deze groep mensen de rekeningen niet rechtstreeks bij de zorgverzekeraar indienen maar naar u persoonlijk sturen. U dient de rekening dan aan ons te betalen en zelf te declareren bij uw zorgverzekeraar.

Bij deze vragen wij hiervoor uw toestemming.

**Naam**: ……………………………………………………………………………………………………………..

**Geboortedatum**: ……………………………………………………………………………………………..

**Adres**: ……………………………………………………………………………………………………………..

Bij deze ga ik akkoord met de afspraak van huisartsenpraktijk Maasoever dat ik alle rekeningen persoonlijk ontvang en betaal aan de huisartsenpraktijk en zelf zal declareren bij de zorgverzekeraar.

**Handtekening**: …………………………………………………………………………………………………..