



Inschrijfformulier

Welkom bij huisartsenpraktijk de Ligne.

Voor de volledigheid verzoeken wij u om het woonadres en de verandering van huisarts aan de zorgverzekeraar door te geven.

Patiënt verklaart bij bovenstaande huisarts in de praktijk op naam te zijn ingeschreven.

Inschrijfdatum praktijk: _____

Voornaam(en) patiënt: _____

Achternaam(en) patiënt: _____

Geslacht: _____

Geboortedatum: _____

Land van herkomst: _____

Adres: _____

Postcode: _____

Telefoonnummer: _____

E-mailadres: _____

BSN: _____

Zorgverzekeraar: _____





Patiënt geeft **WEL / GEEN** toestemming voor het opvragen van zijn/haar medisch dossier bij vorige huisarts.

DELEN VAN MEDISCHE GEGEVENS:

O JA, ik geef toestemming voor het elektronisch delen van mijn medische gegevens met de Huisartsenpost en de Dienstapothek? Ga voor meer informatie naar www.vzvz.nl of bekijk de folder.

O NEE, ik geef GEEN toestemming voor het elektronisch delen van mijn medische gegevens met de Huisartsenpost en de Dienstapothek? Ga voor meer informatie naar www.vzvz.nl of bekijk de folder.

U kunt zich via onze website **www.deligne.nl ook aanmelden** voor MGN, waarmee u digitaal toegang krijgt tot uw dossier. Via MGN kunt U ook afspraken digitaal inplannen, e-consult aanvragen, medicatie herhalen, etc.

O JA, ik geef toestemming voor aanmelden MGN.

O NEE, ik geef GEEN toestemming voor aanmelden MGN.

Wij verzoeken u om een kopie van het legitimatiebewijs bij te voegen a.u.b. Deze wordt na controle gegevens vernietigd.

Datum:

Handtekening:

