



Naam en voorletters:

Roepnaam:

Geboortedatum:

Geboorteland:

Geslacht:

Beroep:

BSN nummer:

Burgerlijke staat:

Adres:

Postcode:

Woonplaats:

Vaste telefoon:

Mobiele telefoon:

Emailadres:

Zorgverzekeraar:

Polisnummer:

Huisarts van voorkeur\*:

Per welke datum wilt u worden ingeschreven:

Geeft u toestemming voor uitwisselen medische gegevens met andere medische zorgverleners (zoals apotheek en huisartsenpost)\*\*? Ja / Nee

Schrijft u zich in op een adres waar al een of meerdere patiënten van Huisartsengroep Milbergen wonen? Zo ja, wie is/zijn dat:

Na(a)m(en):

Geboortedatum(s):

Als u zich inschrijft op een adres waar al een of meerdere patiënten van Huisartsengroep Milbergen wonen, wordt u automatisch bij zijn/haar/hun huisarts ingeschreven.

Om u goede en passende zorg te leveren zijn wij graag goed op de hoogte van uw voorgeschiedenis. Daarom is het belangrijk dat wij uw medisch dossier van uw vorige huisarts ontvangen.

Gegevens vorige huisarts

Naam:

Adres:

Postcode:

Woonplaats:

Door te ondertekenen geeft u ons toestemming uw medisch dossier op te vragen bij uw vorige huisarts.

Plaats:

Datum:

Naam:

Handtekening:

Dit volledig ingevulde formulier dient u, samen met een kopie van uw

Paspoort, identiteitsbewijs of rijbewijs op te sturen naar:

Huisartsengroep Milbergen

Kerkdijk 22

6576 CE OOIJ

Afgeven bij één van de praktijklocaties in Beek, Ooij, Leuth of Millingen aan de Rijn is ook mogelijk.

U ontvangt vervolgens zo spoedig mogelijk (meestal binnen twee weken) van ons bericht over uw inschrijving.