

نموذج التسجيل – مجموعة أطباء الأسرة ميلبيرخن 2025

الاسم والأحرف الأولى (Naam en voorletters): _____

الاسم المُستخدم (Roepnaam): اسم النداء) _____

تاريخ الميلاد (Geboortedatum): _____

بلد الميلاد (Geboorteland): _____

الجنس (Geslacht): _____

المهنة (Beroep): _____

رقم خدمة المواطن (BSN): _____

الحالة الاجتماعية (Burgelijke staat): _____

العنوان (Adres): _____

الرمز البريدي (Postcode): _____

مكان الإقامة (Woonplaats): _____

الهاتف الثابت (Vaste telefoon): _____

الهاتف المحمول (Mobiele telefoon): _____

البريد الإلكتروني (Email adres): _____

شركة التأمين الصحي (Zorgverzekeraar): _____

رقم البوليصه (Polisnummer): _____

*الطبيب المفضل (Huisarts van voorkeur): _____

من أي تاريخ ترغب بالتسجيل (Per welke datum inschrijven): _____

هل تسمح بمشاركة بياناتك الطبية مع مقدمي الرعاية الآخرين (مثل الصيدلية وخدمة الطوارئ الطبية)؟ (Geeft u toestemming voor het delen van uw medische gegevens met andere zorgverleners (zoals de apotheek en de huisartsenpost)? Ja / Nee) نعم / لا

إذا ميلبيرخن؟ الأسرة أطباء مجموعة من أكثر أو مريض مسبقاً فيه يقيم عنوان في نفسك تسجل هل هم من ،نعم الجواب كان

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

الأسماء/الاسم (Namen): _____

الميلاد تواريخ/تاريخ (Geboortedatum): _____

لدى تلقائيًا تسجيلك فسيتم ،مجموعتنا من أكثر أو مريض فيه يقيم عنوان في نفسك تسجل كنت إذا *
المعالج طبييهم

الرقم على المواعيد بخط الاتصال يرجى .المفضل طبيبك مع تعارفي موعد تحديد يمكنك ،رغبت إذا
024-6632111

أن المهم من لذلك .الطبي تاريخك على اطلاع على نكون أن نود ،ومناسبة جيدة رعاية لك نقدم لكي
السابق طبيبك من الطبي ملفك نتلقى

أي صيدلية تود استخدام خدماتها:

- صيدلية بيغاسوس (Apotheek Pegasus)
 صيدلية دي دوفلت (Apotheek de Duffelt)
 (Overig, namelijk): أخرى، وهي _____

معلومات عن الطبيب السابق (Gegevens vorige huisarts)

الاسم (Naam): _____

العنوان (Adres): _____

الرمز البريدي (Postcode): _____

مكان الإقامة (Woonplaats): _____

(Door te ondertekenen geeft u ons toestemming uw medisch dossier op te vragen bij uw vorige huisarts). بالتوقيع أدناه، فإنك تمنحنا الإذن لطلب ملفك الطبي من طبيبك السابق

المكان (Plaats): _____

التاريخ (Datum): _____

الاسم (Naam): _____

التوقيع (Handtekening): _____

يرجى تسليم هذا النموذج المكتمل في أحد مواقع العيادة في بيك، أوي، لويت، أو ميلينغن أن دي راين .
نرجو منك إحضار جواز سفر ساري المفعول، أو بطاقة هوية، أو رخصة قيادة

(أسبوع خلال عادة) ممكن وقت أقرب في تسجيلك على تأكيدًا ذلك بعد ستتلقى