

نموذج التسجيل – مجموعة أطباء الأسرة ميلبيرخن

البيانات الشخصية

الاسم الأول والأحرف الأولى (Naam en voorletters):
الاسم المستخدم (Roepnaam):
تاريخ الميلاد (Geboortedatum):
الميلاد وبلد مكان (Geboorteplaats en geboorteland):
الجنس (Geslacht):
المهنة (Beroep):
رقم خدمة المواطن (BSN):
الحالة الاجتماعية (Burgerlijke 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 البوليصا (Polisnummer):
المفضل الطبيب (Huisarts van voorkeur):
بالترتيب تاريخ التسجيل (Per welke datum inschrijven):
لا / نعم؟ (الطبية الطوارئ وخدمة الصيدلية مثل) الآخرين الرعاية مقدمي مع الطبية بياناتك بمشاركة تسمح هل
من، نعم الجواب كان إذا ميلبيرخن؟ الأسرة أطباء مجموعة من أكثر أو مريض مسبقاً فيه يقيم عنوان في نفسك تسجل هل هم:
الاسم/الأسماء (Namen):
تاريخ/تواريخ الميلاد (Geboortedatum):

اختيار الصيدلية

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

معلومات عن الطبيب السابق

الاسم (Naam):
العنوان (Adres):
الرمز البريدي (Postcode):
مكان الإقامة (Woonplaats):

التوقيع

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.

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