



HUISARTSENGROEP
MILBERGEN

INSCHRIJFFORMULIER

Naam en voorletters: _____

Roepnaam: _____

Geboortedatum: _____

Geboorteplaats en 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.

Indien gewenst is het mogelijk een kennismakingsgesprek met uw huisarts van voorkeur te plannen. U kunt hiervoor bellen met onze afsprakenlijn: 024-6632111.

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.

Van welke apotheek wenst u gebruik te maken:

- ☐ Apotheek Pegasus
- ☐ Apotheek De Duffelt
- ☐ Overig, namelijk: _____

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 kunt u afgeven op één van de praktijklocaties in Beek, Ooij, Leuth of Millingen aan de Rijn. Wij verzoek u een geldig **Paspoort, identiteitsbewijs of rijbewijs** mee te brengen.

U ontvangt vervolgens zo spoedig mogelijk (doorgaans binnen een week) van een bevestiging uw inschrijving.