**INSCHRIJFFORMULIER**

|  |  |
| --- | --- |
| Familienaam/meisjesnaam |  |
| Voorletters,roepnaam |  |
| Geboortedatum en plaats |  |
| Nationaliteit | Man/Vrouw |
| Spreekt u Nederlands en/of Engels? | Ja/Nee |
| Straatnaam en huisnummer |  |
| Postcode en Plaatsnaam |  |
| Telefoonnummer |  |
| Woonsituatie | Alleen/samenwonend/gehuwd |
| Wie is uw contactpersoon? | Naam ……………. Telefoonnr……………… |
| Kinderen? Partner in praktijk? | Ja/Nee Zo ja, vul apart een formulier in |
| Bent u verzekerd? | Ja/Nee |
| Verzekeringsmaatschappij en nr |  |
| BSN/Sofinummer |  |
| Emailadres (vul deze leesbaar in) |  |
| Apotheek | Veen/Skagerrak/Toolenburg, anders……. |
| Uitwisseling medische gegevens met zorgverleners (LSP)?  *Voor meer informatie, zie link:* [Toestemmingsformulier uitwisselen medische gegevens (patientenfederatie.nl)](https://kennisbank.patientenfederatie.nl/app/answers/detail/a_id/1321/~/toestemmingsformulier-uitwisselen-medische-gegevens) | Ja/Nee |
| Gebruikt u medicijnen, zo ja welke? |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Naam vorige huisarts |  |
| Woonplaats |  |
| Telefoonnummer |  |
| **Vergeet niet aan uw huisarts door te geven dat u bent veranderd van huisarts** | |

|  |  |
| --- | --- |
| Datum |  |
| Handtekening |  |

***Procedure en voorwaarden van de inschrijving:***

*U kunt dit inschrijfformulier digitaal verzenden naar* [*pm@mchydepark.nl*](mailto:pm@mchydepark.nl)

*Per mail krijgt u bevestiging of u ingeschreven bent, tot deze tijd bent u NIET ingeschreven.*

*U bent met deze inschrijving op de hoogte:*

1. *U alleen ingeschreven staat als patiënt als u een zorgverzekering heeft, waarmee wij rechtstreeks kunnen declareren.*
2. *U uw zorgzaken online gaat regelen met Mijngezondheid.net (MGN), zie link:* [*Home | MijnGezondheid.net*](https://home.mijngezondheid.net/nl)
3. *Met deze inschrijving geeft u toestemming voor het opvragen en de overdracht van uw medisch dossier bij uw vorige huisarts.*