

Inschrijfformulier Huisartsen Ganzenhoef

Persoonsgegevens (vanaf 16 jaar moet een eigen formulier ingevuld worden)

Gezinsleden	Achternaam	Voornaam	Geboortedatum dd/mm/jjjj	Geboorteland	M/V	BSN nummer	Zorg-verzekeringsnummer
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
	Ouderlijk gezag:	☐ Beide ouders		☐ Moeder		☐ Vader	

Adresgegevens

Straatnaam + huisnummer			
Postcode + Plaats			
Telefoon nr 1		Telefoon nr 2	
E-mailadres			

Chronische ziektes, medicatie en uitwisselen medische gegevens

Heeft u chronische ziektes: ☐ JA ☐ NEE Welke ziektes:
Gebruikt u medicijnen: ☐ JA ☐ NEE Welke medicijnen:
Gaat u akkoord met uitwisselen van medische gegevens naar huisartsenpost en apotheek (LSP): ☐ JA ☐ NEE

(nieuwe) Apotheek:			
Vorige huisarts + adres+ telefoonnummer			
Datum van inschrijving		Handtekening:	

Hierbij geef ik akkoord mijn dossier op te sturen naar huisartsen Ganzenhoef.



Bijlmerdreef 1071

1103 TT Amsterdam Zuidoost

Telefoon 020 235 2121

info@huisartsenganzenhoef.nl

www.huisartsenganzenhoef.nl