

**ATTENTIE** *voor u gaat invullen:*  
**DIT FORMULIER EERST DOWNLOADEN  
EN OPSLAAN OP UW EIGEN COMPUTER!**

## INSCHRIJFFORMULIER GEZONDHEIDSHUIS (OUDER + KIND(EREN) TOT 12 JAAR)

Via dit formulier kunt u zichzelf, en eventuele kinderen, inschrijven.

Voor ieder gezinslid van 12 jaar of ouder dient u een apart formulier in te vullen. Ondertekening voor akkoord wordt bij kinderen tot 12 jaar gedaan door de ouder of wettelijk vertegenwoordiger. Kinderen van 12 tot 16 jaar geven samen met de ouder of wettelijk vertegenwoordiger akkoord. Personen vanaf 16 jaar geven zelf akkoord.

**Niet ondertekende formulieren worden niet in behandeling genomen.**

### Persoonlijke gegevens

Achternaam:

Voorletters:

Geboortedatum:

Burger Service Nummer (BSN):

### Contactgegevens

Adres:

Postcode:

Plaats:

Telefoonnummer vast:

Mobiel:

E-mail adres:

Invullen door medewerker

**WID-controle**

ID / PP / RBW / VrDoc

Nr:

Paraaf:

### Verzekeringsgegevens

Zorgverzekeraar:

Polisnummer:

### Gegevens eventuele kinderen onder 12 jaar

Achternaam:

Voorletters:

Voornaam:

Geboortedatum:

Burger Service Nummer (BSN):

Zorgverzekeraar:

Polisnummer:

Telefoonnummer vast\*:

Mobiel\*:

E-mail adres:

*\* van vader of moeder, wat uw voorkeur heeft*

Invullen door medewerker

**WID-controle**

ID / PP / RBW / VrDoc

Nr:

Paraaf:

### Gegevens eventuele kinderen onder 12 jaar

Achternaam:

Voorletters:

Voornaam:

Geboortedatum:

Burger Service Nummer (BSN):

Zorgverzekeraar:

Polisnummer:

Telefoonnummer vast\*:

Mobiel\*:

E-mail adres:

*\* van vader of moeder, wat uw voorkeur heeft*

Invullen door medewerker

**WID-controle**

ID / PP / RBW / VrDoc

Nr:

Paraaf:

**Gegevens eventuele kinderen onder 12 jaar**

Achternaam:

Voorletters:

Voornaam:

Geboortedatum:

Burger Service Nummer (BSN):

Zorgverzekeraar:

Polisnummer:

Telefoonnummer vast\*:

Mobiel\*:

E-mail adres:

*\* van vader of moeder, wat uw voorkeur heeft*

Invullen door medewerker

**WID-controle**

ID / PP / RBW / VrDoc

Nr:

Paraaf:

**Gegevens eventuele kinderen onder 12 jaar**

Achternaam:

Voorletters:

Voornaam:

Geboortedatum:

Burger Service Nummer (BSN):

Zorgverzekeraar:

Polisnummer:

Telefoonnummer vast\*:

Mobiel\*:

E-mail adres:

*\* van vader of moeder, wat uw voorkeur heeft*

Invullen door medewerker

**WID-controle**

ID / PP / RBW / VrDoc

Nr:

Paraaf:

**S.v.p. bij inschrijving een geldig legitimatiebewijs van alle gezinsleden tonen.**

Ik zal mijn medische gegevens en actueel medicatieoverzicht zoals bekend bij mijn vorige huisarts en apotheek door laten sturen per post/ mail naar Gezondheidshuis Stadshagen

Ontvangt u mijn medische gegevens niet, maar heeft u ze wel nodig, dan mag u ze opvragen.

**Gegevens vorige huisarts**

Naam:

Praktijknaam:

Plaats:

**Gegevens vorige apotheek**

Naam apotheek:

Plaats:

Ik wil niet ingeschreven worden bij apotheek Gezondheidshuis

Ik wil niet ingeschreven worden bij een huisartsenpraktijk in het Gezondheidshuis

Datum:

**Handtekening**

Gezondheidshuis Stadshagen

Werkerlaan 156, 8043 LK Zwolle

info@gezondheidshuis.nu

Tel 038 4268200 www.gezondheidshuisstadshagen.nl