

	Inschrijfformulier Huisartsenpraktijk de Greev'	
	T. van Ede C.E. Hulshoff-Friedrich M. Mennink	P.P.E. Sival I.C.L. Verhoeven

Geachte lezer,

Door dit formulier in te vullen en in te leveren bij onze praktijk schrijft u zich in bij één van onze huisartsen. Na inschrijving ontvangt u een e-mail of eventueel een brief waarin staat bij welke huisarts u bent ingeschreven.

Gezinsleden (indien nodig) kunt u direct inschrijven door de tweede pagina van dit document in te vullen.

Om uw inschrijving definitief te maken moeten wij uw identiteit controleren aan de hand van een geldig identiteitsdocument. U kunt er voor kiezen een veilige kopie van uw paspoort, rijbewijs of identiteitsbewijs op te sturen via de app 'Kopie ID' (van de Rijksoverheid) of naar ons te mailen. Mocht dit niet lukken kunt u uw identiteitsbewijs bij de balie laten zien.


* Verplicht

Inschrijfformulier			
Voorletter(s)*		Voornaam*	
Tussenvoegsel		Achternaam*	
Geboortedatum*		Man / Vrouw / X	
Straatnaam*		Huisnummer*	
Woonplaats*		Postcode*	
Mobiel nummer*		Telefoonnummer privé	
Telefoonnummer 1 ^e contactpersoon		Relatie 1 ^e contactpersoon	
E-mailadres*			
Zorgverzekeraar*			
Polisnummer*			
Burgerservicenummer*			
Soort identiteitsdocument*	<input type="checkbox"/> Paspoort <input type="checkbox"/> Rijbewijs <input type="checkbox"/> Identiteitskaart <input type="checkbox"/> Overig,		
Documentnummer*			
Nieuwe apotheek*			
Allergieën / Overgevoeligheden			
Naam vorige huisarts*			
Straat*		Huisnummer*	
Woonplaats*		Postcode*	
Reden van inschrijving	<input type="checkbox"/> Geboorte <input type="checkbox"/> Verhuizing vanuit buitenland <input type="checkbox"/> Overig		
Was u eerder ingeschreven in onze huisartsenpraktijk?	<input type="checkbox"/> Ja, tot _____ (jaartal) <input type="checkbox"/> Nee		
Soms kan het noodzakelijk zijn om medische informatie te delen met andere zorgverleners. Wij vragen uw toestemming voor deze gegevensuitwisseling via het LSP . Voor meer informatie zie: www.VZVZ.nl . U kunt altijd raadplegen wie uw gegevens hebben ingezien en grip houden op wie uw gegevens in mogen zien. Dit kan via www.volgjezorg.nl . *		Ik geef voor het LSP: <input type="checkbox"/> Toestemming <input type="checkbox"/> Geen toestemming	
Ik verklaar hierbij op de hoogte te zijn van de algemene voorwaarden en informatie die betrekking hebben op het LSP (ongeacht wel of geen toestemming te hebben gegeven voor het LSP).* (aanvinken*)			<input type="checkbox"/>
Geeft u ons toestemming uw medisch dossier bij uw vorige huisarts op te vragen?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Handtekening*:			Datum inschrijving*:

Administratie Huisartsenpraktijk de Greev', Grevelingenstraat 10, 3522 PR Utrecht
 mw. Y. Roestenburg (aanwezig ma, di, do 8.00-16.30 uur)

y.roestenburg@degreev.nl / 030-2881507 / www.huisartsendegreev.nl

Gereviseerde datum: 29-08-2023

	Inschrijfformulier Huisartsenpraktijk de Greev'	
	T. van Ede C.E. Hulshoff-Friedrich M. Mennink	P.P.E. Sival I.C.L. Verhoeven

Inschrijfformulier gezinsleden

Met dit formulier verzoek ik (voorletter(s) + achternaam),
geboren op te
tot inschrijving van de gezinsleden bij de huisartsen van Praktijkcentrum De Greev' te Utrecht.

Gegevens gezinsleden:

*Verplicht

	Gezinslid 1	Gezinslid 2	Gezinslid 3	Gezinslid 4	Gezinslid 5
Achternaam*					
Voorletters en voornaam*					
Man/Vrouw/X*	M / V / X	M / V / X	M / V / X	M / V / X	M / V / X
Geboortedatum*					
BSN*					
Soort identiteitsdocument*	<input type="checkbox"/> Paspoort <input type="checkbox"/> Rijbewijs <input type="checkbox"/> Identiteitskaart	<input type="checkbox"/> Paspoort <input type="checkbox"/> Rijbewijs <input type="checkbox"/> Identiteitskaart	<input type="checkbox"/> Paspoort <input type="checkbox"/> Rijbewijs <input type="checkbox"/> Identiteitskaart	<input type="checkbox"/> Paspoort <input type="checkbox"/> Rijbewijs <input type="checkbox"/> Identiteitskaart	<input type="checkbox"/> Paspoort <input type="checkbox"/> Rijbewijs <input type="checkbox"/> Identiteitskaart
Documentnummer ID*					
Zorgverzekeraar*					
Polisnummer*					
Telefoonnummer*					
Telefoonnummer 1^e contactpers.					
Relatie 1^e contactpersoon					
E-mailadres					
Soms kan het noodzakelijk zijn om medische informatie te delen met andere zorgverleners. Wij vragen uw toestemming voor deze gegevensuitwisseling via het LSP . Voor meer informatie zie: www.VZVZ.nl . U kunt altijd raadplegen wie uw gegevens hebben ingezien en grip houden op wie uw gegevens in mogen zien. Dit kan via www.volggezorg.nl . *					
Ik geef voor het LSP:	<input type="checkbox"/> Toestemming <input type="checkbox"/> Geen toestemming	<input type="checkbox"/> Toestemming <input type="checkbox"/> Geen toestemming	<input type="checkbox"/> Toestemming <input type="checkbox"/> Geen toestemming	<input type="checkbox"/> Toestemming <input type="checkbox"/> Geen toestemming	<input type="checkbox"/> Toestemming <input type="checkbox"/> Geen toestemming
Ik verklaar hierbij op de hoogte te zijn van de algemene voorwaarden en informatie die betrekking hebben op het LSP (ongeacht wel of geen toestemming te hebben gegeven voor het LSP).*					
<i>aanvinken*</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ruimte voor aanvullende opmerkingen:

Voor het maken van een afspraak kunt u het patiëntenportaal raadplegen of contact opnemen met de assistente op 030 - 288 15 07, keuzetoets 3

Administratie Huisartsenpraktijk de Greev', Grevelingenstraat 10, 3522 PR Utrecht
mw. Y. Roestenburg (aanwezig ma, di, do 8.00-16.30 uur)
y.roestenburg@degreev.nl / 030-2881507 / www.huisartsendegreev.nl

Gereviseerde datum: 29-08-2023