**INSCHRIJFFORMULIER**

**NIEUWE PATIËNTEN**

(\* omcirkel wat van toepassing is)

Naam: ............................................................................................................

evt. meisjesnaam: ............................................................................................................

Voorletters/voornaam: ............................................................................................................

Geboortedatum/plaats: ............................................................................................................

Geslacht \*: M/ V

Volledige adres: ............................................................................................................

Telefoonnummer(s): ............................................................................................................

E-mailadres: ............................................................................................................

Zorgverzekering: ............................................................................................................

Polis nummer: ............................................................................................................

BSN nummer: ............................................................................................................

(Graag kopie van verzekeringspas toevoegen)

Apotheek \*: Zonegge / Anjer

Bent u bekend met overgevoeligheden/allergieën? (bijv. medicatie, latex, enz.):

..................................................................................................................................................

..................................................................................................................................................

Heeft u chronische ziektes? (bijv. suikerziekte of hoge bloeddruk, longziektes)

..................................................................................................................................................

..................................................................................................................................................

..................................................................................................................................................

Kreeg u bij u vorige huisarts jaarlijkse controles en/of lab oproepen? Zo ja, welke?

..................................................................................................................................................

Gegevens vorige huisarts: ........................................................................................................

Toestemming gegevens op te vragen bij uw vorige huisarts **JA / NEE** \*

Toestemming voor aanmelding **LSP Opt-in** (zie [www.volgjezorg.nl](http://www.volgjezorg.nl)) **JA / NEE** \*

(Indien minderjarig dient het formulier getekend worden door **beide** gezaghebbende ouders /verzorgers.)

Handtekening: Datum:

**N.B: s.v.p. uw vorige huisarts verzoeken uw medische dossier via zorgmail naar ons toe te verzenden****.**