



Inschrijfformulier

Welkom bij huisartsenpraktijk de Ligne.

Voor de volledigheid verzoeken wij u om het woonadres en de verandering van huisarts aan de zorgverzekeraar door te geven.

Patiënt verklaart bij bovenstaande huisarts in de praktijk op naam te zijn ingeschreven.

Inschrijfdatum praktijk: _____

Voornaam(en) patiënt: _____

Achternaam(en) patiënt: _____

Geslacht: _____

Geboortedatum: _____

Land van herkomst: _____

Adres: _____

Postcode: _____

Telefoonnummer: _____

E-mailadres: _____

BSN: _____

Zorgverzekeraar: _____





Patiënt geeft **WEL / GEEN** toestemming voor het opvragen van zijn/haar medisch dossier bij vorige huisarts.

DELEN VAN MEDISCHE GEGEVENS:

JA, ik geef toestemming voor het elektronisch delen van mijn medische gegevens met de Huisartsenpost en de Dienstapotheek? Ga voor meer informatie naar www.vzvez.nl of bekijk de folder.

NEE, ik geef GEEN toestemming voor het elektronisch delen van mijn medische gegevens met de Huisartsenpost en de Dienstapotheek? Ga voor meer informatie naar www.vzvez.nl of bekijk de folder.

U kunt zich via onze website www.deligne.nl ook **aanmelden** voor MGN, waarmee u digitaal toegang krijgt tot uw dossier. Via MGN kunt U ook afspraken digitaal inplannen, e-consult aanvragen, medicatie herhalen, etc.

JA, ik geef toestemming voor aanmelden MGN.

NEE, ik geef GEEN toestemming voor aanmelden MGN.

Wij verzoeken u om een kopie van het legitimatiebewijs bij te voegen a.u.b. Deze wordt na controle gegevens vernietigd.

Datum:

Handtekening:

