

# Huisartsenpraktijk de Beiaard

## *Persoonsgegevens*

Achternaam .....M/V  
Initialen + roepnaam .....  
Geboortedatum .....  
BSN-nummer .....  
Burgerlijke staat .....  
Straatnaam + huisnr. ....  
Postcode .....  
Plaats .....  
Telefoonnummer 1 .....  
Telefoonnummer 2 .....  
Emailadres .....  
Zorgverzekeraar .....Relatienummer.....  
Soort legitimatie .....  
Documentnummer .....Geldig tot: .....  
Let op! Bij het eerste bezoek aan de praktijk dient u uw legitimatie te tonen *Extra informatie*  
Gebruikt u medicijnen? J/N, Zo ja, welke? .....

Zij er al personen ingeschreven met hetzelfde adres? .....

## *Contactpersoon bij noodgevallen*

Naam .....  
Telefoonnummer .....  
Relatie tot deze persoon.....

## *Apotheek*

Bij welke apotheek wilt u uw medicijnen ophalen? .....

## *Oude huisarts*

Naam oude huisarts ..... Woonplaats  
.....

## *Delen medische gegevens*

- Ja, ik geef toestemming voor het elektronisch delen van mijn medische gegevens met de Huisartsenpost en de Dienstapothek? Ga voor meer informatie naar [www.VZVZ.nl](http://www.VZVZ.nl) of bekijk de folder in de praktijk.
- Nee, ik geef geen toestemming voor het elektronisch delen van mijn medische gegevens met de Huisartsenpost en de Dienstapothek? Ga voor meer informatie naar [www.VZVZ.nl](http://www.VZVZ.nl) of bekijk de folder in de praktijk

Datum:

Handtekening: