

**Inschrijfformulier Huisartsenpraktijk Palembang**  
**Palembangstraat 52, 1095 TK Amsterdam**  
**Telefoon 020-665.54.55**

Achternaam:

Voorletters:

Voornaam/Roepnaam:

Geboortedatum:

Geslacht: man/vrouw/X

Adres:

Postcode en woonplaats:

Burgerlijke staat: gehuwd/ongehuwd/samenwonend/gescheiden/weduwe/weduwnaar

Telefoon:

E-mailadres:

Zorgverzekering:

Verz.Nummer:

BSN:

Nieuwe apotheek:

Naam en telefoonnummer contactpersoon:

Reden inschrijving:

Bent u eerder bij ons patiënt geweest? Ja/Nee

Geeft u ons toestemming om uw medische gegevens beschikbaar te stellen aan andere zorgverleners (HAP/SEH) als dat voor uw behandeling nodig is? Ja/Nee

Vorige huisarts:

Tel.nummer:

Adres:

Plaats:

**Door ondertekening van dit formulier geeft u ons toestemming om u uit te laten schrijven bij uw vorige huisarts en uw medisch dossier op te vragen.**

Datum van inschrijving:

Handtekening:

**In geval van minderjarige kinderen:**

Naam ouder/voogd 1:

Naam ouder/voogd 2:

Handtekening ouder/voogd 1:

Handtekening ouder/voogd 2:

**Let op! U bent pas ingeschreven als u een bevestigingsmail van ons hebt ontvangen!**

---

In te vullen door doktersassistente:

0 legitimatie gecontroleerd  
0 praktijkinformatie meegegeven  
0 inschrijfformulier gescand  
0 bevestigingsmail verzonden

0 ingevoerd in HealthConnected  
0 aangemeld bij ION  
0 dossier opgevraagd per mail op: