**Inschrijfformulier >16 jaar**

Via dit formulier kunt u zichzelf inschrijven. Personen vanaf 16 jaar dienen zelf akkoord te geven voor inschrijving.

***Alleen volledig ondertekende formulieren worden in behandeling genomen.***

**Persoonlijke gegevens**

Achternaam: Voorletters:

Geboortedatum:

Burger Service Nummer (BSN):

**Verzekeringsgegevens**

Zorgverzekeraar:

Polisnummer:

**Contactgegevens**

Adres: Postcode:

Plaats:

Telefoonnummer:

E-mail adres:

**Gegevens vorige huisarts**

Naam:

Praktijknaam:

Plaats:

**Gegevens vorige apotheek**

Naam apotheek:

Plaats:

E-mail:

Hierbij verklaar ik dat ik mij vanaf vandaag als patiënt inschrijf bij huisartsenpraktijk Philippine.

Hierbij verleen ik toestemming om mijn medische en farmaceutische gegevens op te vragen bij mijn vorige huisarts en apotheek.

S.v.p. bij inschrijving een **geldig** legitimatiebewijs tonen.

Datum:
Naam en handtekening: Onderkant formulier

Invullen door medewerker

**WID-controle**

ID / PP / RBW / VrDoc

Nr:

Paraaf: