**Inschrijfformulier**

|  |  |
| --- | --- |
| Achternaam ( inclusief meisjesnaam ) |  |
| Voorletters ( + evt. roepnaam ) |  |
| **BSN** |  |
| Geslacht | * Man
* Vrouw
 |
| Geboortedatum |  |
| Straat en huisnummer |  |
| Postcode en woonplaats |  |
| Email-adres |  |
| Telefoonnummer  |  |
| Zorgverzekering + polisnummer |   |
| ( Nieuwe ) apotheek in Apeldoorn |  |
| Naam en woonplaats vorige huisarts |  |
| Gaat u er akkoord mee dat andere zorginstellingen zoals de huisartsenpost uw medische gegevens kunnen inzien? | * Ja
* Nee
 |
| Heeft u moeite met lezen en /of schrijven? | * Ja
* Nee
 |
| Actuele medicatie |  |
| Per welke datum moet deze inschrijving ingaan? |  |

**Belangrijke informatie:**

**Vergeet u niet om u bij uw vorige huisarts uit te laten schrijven en in het ziekenhuis en eventuele andere zorginstellingen, zoals apotheek door te geven dat u van huisarts bent veranderd!**

**Wij melden u aan voor het patiënten portaal, zodat u zelf uw dossier kunt inzien. (indien er een 06-nummer en emailadres bij ons bekend zijn)**

**Vraag aan de assistente hoe het werkt en voor eventueel hulp.**

|  |
| --- |
| **Datum inname:****Initialen assistente:** **Reden van aanname:**  |