

VERKLARING VAN INSCHRIJVING BIJ HUISARTSENPRAKTIJK REMBRANDTSINGEL

Ondergetekende verklaart dat hij/zij vanaf (datum invullen) : ____-____-____
als patiënt ingeschreven wil zijn bij Huisartsenpraktijk Rembrandtsingel (Kinderen vanaf 18 jaar
kunnen ook op dit formulier worden vermeld)

Ondergetekende geeft hiermee toestemming om het medische dossier over te dragen aan
genoemde Huisartsenpraktijk Rembrandtsingel.

Dat geldt ook voor het medische dossier van de gezinsleden tot 18 jaar die genoemd staan in de
verklaring. Gezinsleden van 18 of ouder dienen een eigen formulier in te vullen.

Gegevens nieuwe huisarts:

H.J.W. Schippers, huisarts

Rembrandtsingel 1b

2902 GR Capelle aan den IJssel

Telefoon: 010-4504470

Persoonsgegevens

Volledige naam	
Geslacht	☐ Man ☐ Vrouw ☐ Anders, namelijk:
Geboortedatum	
Burgerservicenummer (BSN)	
Straatnaam + huisnummer	
Postcode	
Woonplaats	
Telefoonnummer (vast/mobiel)	
E-mailadres	
Zorgverzekeraar	
Polisnummer	

Gaat u ermee akkoord dat uw medische gegevens zichtbaar zijn via het elektronisch patiënten
Dossier (EDP)? Ja/nee

Ondertekening

Plaats: _____ Datum: _____

Handtekening :