

# Inschrijfformulier

Huisartsenpraktijk Van Teeffelen en Lutken – Van Mierlo

Naam:.....  
Voorletters:..... Voornaam:..... M/V  
Geboortedatum:.....  
Straatnaam:.....  
Postcode:..... Plaats:.....  
Telefoonnummer:..... Mobiel telefoonnummer: 06-.....  
E-mail adres:.....  
Beroep:..... Apotheek:.....  
Verzekering..... Relatienummer.....  
BSN nummer.....

Naam vorige huisarts:.....Plaats:.....

Heeft u de vorige huisarts al geïnformeerd over uw vertrek bij hun?

Ja  
 Nee

Bent u eerder hier patiënt geweest?

Ja  
 Nee

Heeft u een partner die hier patiënt is?

Ja, naam en geb. datum:.....  
 Nee

Heeft u allergieën? (Voorbeelden zijn: antibiotica, pleisters, jodium etc.) Zo ja, welke?

.....

Geeft U toestemming voor het LSP, zodat uw medische gegevens door andere zorgverleners kunnen worden uitgewisseld? (apothek en huisartsenpost)

Meer informatie: <https://www.volgjezorg.nl/het-lsp>

Ja  
 Nee

Datum:

Handtekening:

Stuur dit formulier samen met een kopie van uw **identiteitsbewijs** en **zorgverzekeringspas** op naar: *(of geef het af in de huisartsenpraktijk)*

Huisartsenpraktijk Van Teeffelen en Lutken – van Mierlo  
Van Oldenneellaan 40  
4902 ZC Oosterhout