



## INSCHRIJFFORMULIER VOLWASSENEN en KINDEREN vanaf 16 jaar

Voorletters en roepnaam	
Achternaam	
Geslacht	
Geboortedatum	
Straat en huisnummer	
Postcode en woonplaats	
Telefoonnummer thuis	
Mobiele telefoonnummer	
E-mailadres	
BSN-nummer	
Zorgverzekeraar en UZOVI nummer	
Polisnummer verzekering	
ID-nummer:	
Rijbewijs, paspoort of ID kaart	
Geldig tot (datum invullen)	
Vorige huisarts	
Vorige apotheek	
LSP aanmelden (Het Landelijk Schakelpunt (LSP) draagt bij aan een grotere medicatieveiligheid voor én efficiëntere zorg aan de patiënt.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee

**Bent u overgevoelig of allergisch voor of bekend met bijwerkingen voor geneesmiddelen of hulpstoffen? (Bijvoorbeeld penicilline, lactose, latex)**

- nee  
 ja (vul hieronder de relevante gegevens in)

Geneesmiddel en/of hulpstof	Bijwerking



**Verzoek aan uw vorige huisarts toestemming te geven, zodat uw dossier kan worden overdragen aan Huisartsenpraktijk Wiersema te Eastermar.**

De heer, mevrouw ..... (naam invullen) verklaart:

dat hij/zij zich middels dit inschrijfformulier inschrijft bij Apotheekhoudend Huisartsenpraktijk Wiersema te Eastermar.

Datum/plaats: ..... Handtekening:

.....

.....