

INSCHRIJFFORMULIER

Om u in te schrijven in onze huisartsenpraktijk willen wij u vragen het onderstaande formulier volledig in te vullen, te ondertekenen en in de praktijk af te geven.

Ondergetekende(n):

Naam + voorletter(s):

Roepnaam:.....Geslacht: M /V

Straat:PC / Woonplaats:.....

Telefoonnr: Mobiel Telefoonnr:.....

Geboortedatum:..... BSN (sofi nummer).....

Zorgverzekeraar:..... Polisnummer:

ID/paspoort/rijbewijs..... Emailadres:.....

Schrijft zich hierbij in bij Medisch Centrum Mook te Mook datum:.....

Handtekening

Apotheek: De Vuursteen, Molenhoek

anders,nl:

Vorige huisarts:

Naam: Postcode.....

Straat: Plaats:.....

Kennismakingsgesprek: Om kennis te maken met onze praktijk adviseren we u gebruikt te maken van een kennismakingsgesprek. Tijdens het gesprek bent u in de gelegenheid ons te informeren over de belangrijkste gebeurtenissen in uw medische voorgeschiedenis en (of) die van uw gezinsleden. Het kennismakingsgesprek is niet bedoeld voor het bespreken van klachten.

 Ja, ik wil gebeld worden voor een kennismakingsafpraak met de huisarts. Nee, ik maak geen gebruik van een kennismakingsafpraak.

Voor het maken van afspraken, e-consulten, herhaalmedicatie, maken we gebruik van MijnGezondheid.net. Wij verzoeken u dan ook vriendelijk om u hiervoor aan te melden op onze website: www.mc-mook.nl/mijn-gezondheid.net.

 Hierbij machtig ik Medisch Centrum Mook, Groesbeekseweg 7 te Mook, om mijn medisch dossier op te vragen bij mijn vorige huisarts

Toestemming gegevensuitwisseling, wilt u uw medische gegevens elektronisch beschikbaar stellen? (kijk voor meer informatie op de website www.vzvz.nl)