HUISARTSENPRAKTIJK
**Schellingwoude**

Huisartsenpraktijk Schellingwoude
Schellingwouderdijk 240
1013 NL Amsterdam
**020 490 42 31**

## INSCHRIJFFORMULIER

Met dit inschrijfformulier verklaart de patiënt zich ingeschreven bij onderstaande huisartsen. Ook geeft de patiënt hiermee toestemming om zijn/haar gegevens bij de vorige huisarts op te vragen.

## GEGEVENS HUISARTS

Naam huisarts: **M.C.Duijn en/of E.Simons**
Adres praktijk: **Schellingwouderdijk 240, 1023 NL Amsterdam**
AGB-code huisarts: **04580 en/of 20138**
AGB-code praktijk: **50317**

## GEGEVENS PATIENT

Naam: Geslacht M ☐ V ☐
Voorletters:
Geboortedatum:
Adres:
Postcode: Plaats:

Telefoonnummer:
E-mailadres:

Eventueel contactpersoon:
Naam:
Telefoonnummer:

Zorgverzekeraar: Nummer:

BSN:
Rijbewijs/paspoort/identiteitskaart Nummer:

Apotheek:
Vorige huisarts:

Geeft u toestemming om uw medische gegevens beschikbaar te stellen via het LSP?
JA ☐ NEE ☐

**voor meer informatie zie www.vzvz.nl**

Handtekening: Datum:

**www.hapschellingwoude.nl**