



## INSCHRIJFFORMULIER

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

## GEGEVENS HUISARTS

Naam huisarts: **D'6"8fcgh/b**  
Adres praktijk: **Schellingwouderdijk 240, 1023 NL Amsterdam**  
AGB-code huisarts: **01025967**  
AGB-code praktijk: **01008192**

## 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](http://www.vzvz.nl)**

Handtekening: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_