# J.V.C. ten Berge

N. Joosen

E.J.M. Snoeren

V. van Oorschot

*huisartsen*

Inschrijfdatum huisartsenpraktijk:

………………………………….……

WILT U UW VORIGE HUISARTS BERICHTEN VAN UW INSCHRIJVING BIJ ONS?

**In te vullen door de doktersassistent**:

APOTHEEK □

LSP □

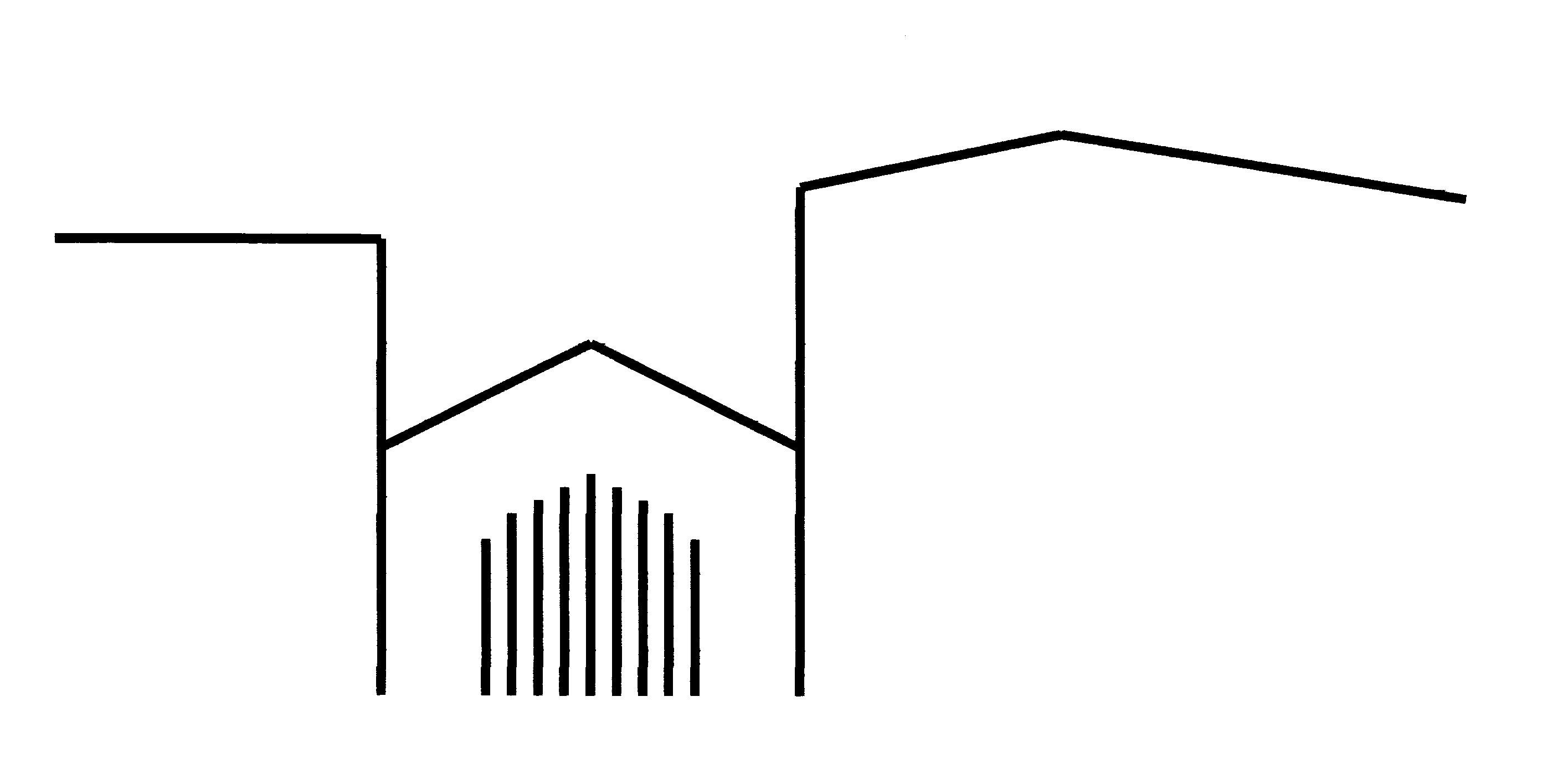
ION □

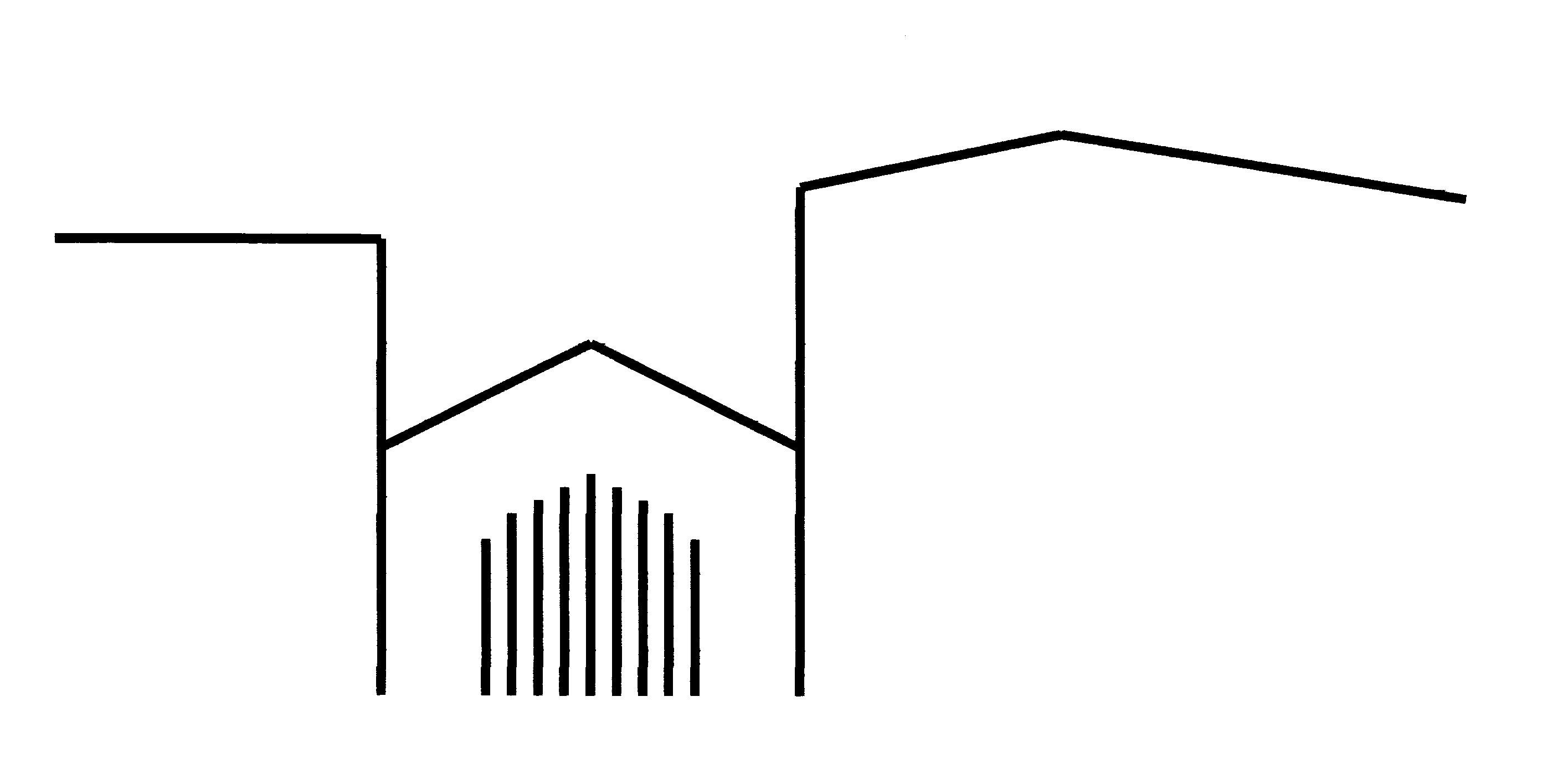
ZORGPORTAAL □

Huisarts ………..

DA ………..

Nieuwsbrief? ………..





Huisartsenpraktijk “t Weeshuis” 🡪

Begijnenstraat 29

# 6511 WN Nijmegen

tel.: 024-3228380

[www.hapweeshuis.nl](http://www.gcweeshuis.nl)

Graag invullen in blokletters

Achternaam en voorletters: ………………………………….……… m / v

Roepnaam: …………………………………………...……

Geboortedatum: …………………………………………………

Geboorteplaats: …………………………………………………

Adres: straatnaam en huisnummer …………………………………………………

postcode en woonplaats …………………………………………………

Telefoon: vast ……………………………………….………..

GSM …………………………………………………

E-mail adres: …………………………………………………

Waarschuwen in geval van nood (Naam &Telnr): …………………………………………………

Naam zorgverzekering: …………………………………………………

Polis-, klant- of relatienummer: …………………………………………………

ID: Paspoort, rijbewijs of ID kaart: soort/nummer……………………………….

BSN: …………………………………………………

Nieuwe apotheek: …………………………………………………

Naam en adres vorige huisarts: …………………………………………………

…………………………………………………

…………………………………………………

Wenst u elk kwartaal de nieuwsbrief te ontvangen? ………………………JA/NEE…………….

Heeft u een partner in de praktijk die op hetzelfde adres woont? Zo ja, wilt u naam en geboortedatum noteren zodat wij u aan elkaar kunnen koppelen.

……………………………………………

HANDTEKENING:

………………………………….………..…

🡨 Hierbij geef ik toestemming aan huisartsenpraktijk 't Weeshuis om mijn dossier op te vragen.

🡨 NB:

alle door u ingevulde gegevens zullen vertrouwelijk

worden verwerkt, uitsluitend ten behoeve van de administratie van Huisartsenpraktijk ‘t Weeshuis.

