

HUISARTSENPRAKTIJK WESTDORP

Jan van Arkelstraat 1

8101 EN Raalte

0572 346860

<https://www.huisartsenwestdorp.nl/>

INSCHRIJF FORMULIER VOLWASSENEN:

=====

**Woont u met meerdere personen op 1 adres dan moet voor ieder apart een inschrijfformulier worden.**

=====

Achternaam: \_\_\_\_\_

Meisjesnaam: \_\_\_\_\_

Voorletters: \_\_\_\_\_

Voornaam: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Geboorteland: \_\_\_\_\_

BSN nummer: \_\_\_\_\_ **aub kopie ID toevoegen**

Geslacht: M/V (doorhalen wat niet van toepassing is)

Adres: \_\_\_\_\_

Postcode/plaats: \_\_\_\_\_

Vast telefoonnummer: \_\_\_\_\_

Mobiel nummer: 06- \_\_\_\_\_

Email adres: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Zorgverzekering: \_\_\_\_\_ Polisnr: \_\_\_\_\_

Burgerlijke stand:(aub aankruisen wat van toepassing is)

- Gehuwd
- geregistreerd partnerschap
- samenwonend
- weduwe/-naar
- gescheiden zonder kinderen
- gescheiden met kinderen
- alleenstaand zonder kinderen
- alleenstaand met kinderen.

Heeft u kinderen: ja/nee

Hoeveel kinderen heeft u: \_\_\_\_\_ Leeftijd: \_\_\_\_\_

Thuis wonende kinderen: \_\_\_\_\_ ja/nee

Wat is uw woonsituatie: (aankruisen van toepassing is)

- gezin
- één ouder gezin
- samengesteld gezin
- alleen wonend
- verpleeg/verzorgingshuis
- woonvorm/begeleid wonen
- op kamers

Naam: \_\_\_\_\_

Naam: \_\_\_\_\_

Heeft u een Mantelzorger: \_\_\_\_\_ ja/niet van toepassing

**Zo ja:** wilt u dan hieronder noteren:

Naam mantelzorger: \_\_\_\_\_

Wat is uw relatie: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer: \_\_\_\_\_ bij geen gehoor: \_\_\_\_\_

Wat is uw beroep/opleiding: \_\_\_\_\_

Momenteel werkzaam: 0 ja 0 nee 0 Pensioen 0 Vut 0 Arbeidsongeschikt 0 Werkloos

Naam en adres vorig huisarts: \_\_\_\_\_

**Vergeet u niet dat u verplicht bent om uzelf af te melden bij uw vorige huisarts en hen te verzoeken om uw medische gegevens door te sturen naar ons.**

Als uw partner hier al is ingeschreven noteer dan hieronder de gegevens:

Naam partner: \_\_\_\_\_ Geboortedatum: - -

Huisarts: \_\_\_\_\_

Bij welke apotheek wilt u worden ingeschreven, Apothekers van Salland locatie:

**Westdorp**  **Noord** (aankruisen aub)

**Datum:** - -

**Handtekening:**

Nieuwe huisarts : (in te vullen door assistente)

**J.J. Nijman**  **E.F. van der Velde**  **E.F. Venemans**  **E.M. Hommes**  **M.H.E. Broekman**