

# Inschrijf -/ Toestemmingsformulier Huisartsenpraktijk Medi-Mere Duin 036 532 99 88

Formulier inleveren of opsturen naar: Beneluxlaan 573 1363 BJ Almere



Naam	tssnvgsl	Voorletters	Roepnaam	m/v	Geb. datum	Zorgverzekeraar	Polisnummer	BSN	ID nummer pasp.
1									
2									
3									
4									
5									

Huidig woonadres:				Bent u/uw gezin de enige bewoner van dit adres?	
Adres:		Telefoon privé:		Ja	
Postcode & Plaats:		Telefoon werk:		Nee, inwonend bij:	
E-mail:					

Vorige huisarts:		Vorige Apotheek:	
Postcode & Plaats:		Postcode & Plaats:	
Gezondheidscentrum:		Gezondheidscentrum:	

**svp aanvinken:**  
 Ondergetekende geeft hierbij toestemming aan de zorgverzekeraar om de vorige huisarts te wijzigen in de nieuwe huisarts (met ingang van de hieronder genoemde datum).  
 Ondergetekende geeft hierbij toestemming aan de vorige huisarts om de medische gegevens van bovenvermelde personen te verstrekken aan de nieuwe huisarts.  
 Tevens geeft ondergetekende toestemming de apotheek over te schrijven naar apotheek Medi-Mere.

Nieuwe huisarts van Medi-Mere Duin: (svp aankruisen)			
<input type="checkbox"/>	N. Affara (AY)	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

<b>Onderzoek Emotional Brain:</b>	Ik (wij) wil(len) <b>wel / niet</b> benaderd worden voor geneesmiddelen onderzoek.
<b>Huisartsenpost/avond-nachtdiensten</b>	Ik (wij) geef (geven) <b>wel / niet</b> toestemming op inzage in mijn gegevens voor behandelend artsen bij waarneemstutaties
<b>Mijngezondheid.net</b>	Ik (wij) meld (melden) mij (ons) <b>wel / niet</b> aan voor Mijngezondheid.net (zie onze website voor meer informatie)

Dhr./Mevr.:	Handtekening(-en): <i>(svp alle gezinsleden ouder dan 15 jaar dienen mee te ondertekenen)</i>
Datum en Plaats:	1.                      2.                      3.                      4.                      5.