

Inschrijf -/ Toestemmingsformulier Huisartsenpraktijk Medi-Mere Haven 036 532 99 88

Formulier inleveren of opsturen naar: Kerkstraat 90 1354 AC Almere Haven



M Medi-Mere
Huisartsenpraktijk Haven
*Oost -- West....
Medi-Mere Best*



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:	Ja
Postcode & Plaats:	Nee, inwonend bij:
E-mail:	

Vorige huisarts:
Postcode & Plaats:
Gezondheidscentrum:

Vorige Apotheek:
Postcode & Plaats:
Gezondheidscentrum:

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

Nieuwe huisarts van Medi-Mere Haven: (svp aankruisen)	
<input type="checkbox"/> M. Bakker (JP)	<input type="checkbox"/> D. Riemersma (PS)
<input type="checkbox"/> XX	<input type="checkbox"/> N. van Lammeren (PS)

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

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