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

Roepnaam: ……………………………………………………………………

Geboortedatum: ……………………………………………………………………

Burgelijke staat: ……………………………………………………………………

Adres: straatnaam en huisnr. ……………………………………………………………………

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

Telefoon: vast ……………………………………………………………………

 mobiel ……………………………………………………………………

E-mailadres: …………………………………………………………………….

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

UZOVI-code zorgverzekering: ……………………………………………………………(staat op uw pas)

Polisnummer: ……………………………………………………………………

BSN: ……………………………………………………………………

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

 ……………………………………………………………………

Naam en adres vorige apotheek:……………………………………………………………………

Wilt u aangesloten worden op het LSP voor de huisartsenzorg **ja/nee** en de apotheekzorg  **ja/nee**

Geldig legitimatie bewijs gezien **ja/nee**

Gebruikt u medicijnen? □ nee □ ja, dan graag uw actuele medicatie overzicht inleveren

Bent u allergisch voor medicijnen? □ nee □ ja, namelijk:……………………………………….

Bent u onder behandeling van een specialist? □ nee

 □ ja specialisme:…………………………………….

 wegens: ………………………………………..

**Indien u behoefte heeft aan een kennismakingsgesprek geeft u dit dan aan bij het inleveren van het inschrijfformulier!!**

**Met het tekenen van dit formulier gaat u akkoord met het opvragen van uw gegevens bij uw oude huisarts / apotheek.**

Datum: Handtekening: