

Geachte meneer/mevrouw,

**Welkom bij ons in de praktijk!** U kunt zich als patiënt bij ons inschrijven wanneer u woont in één van de volgende postcodegebieden: 1509, 1508, 1541, 1544, 1456 (Noorderweg t/m huisnr. 116). Wij vragen u hiervoor het inschrijfformulier in te vullen, te printen en persoonlijk af te geven op de praktijk. Ter plekke zal uw legitimatiebewijs worden gecontroleerd, wij verzoeken u vriendelijk deze mee te nemen. Een kopie van uw legitimatiebewijs en verzekeringspas is niet nodig.

Let op: u bent pas definitief als patiënt ingeschreven bij ons wanneer wij het inschrijfformulier gecontroleerd hebben.

Voor ieder gezinslid moet een apart inschrijfformulier worden ingevuld.
Voor kinderen tot 12 jaar moeten beide ouders of voogd een handtekening zetten.
Voor kinderen van 12-16 jaar dienen zowel beide ouders of voogd als het kind zelf een handtekening te zetten.
Kinderen vanaf 16 jaar moeten zelf een eigen formulier invullen en ondertekenen.

Wij verzoeken u om uw inschrijving bij de praktijk kenbaar te maken bij uw vorige huisarts, apotheek en behandelend specialist(en).

Bij geboorte van een kind: voor uw kind moet een nieuw medisch dossier gemaakt worden. Het helpt ons wanneer u ook voor uw pasgeborene alle inschrijfgegevens aanlevert.

De praktijkhouders zijn huisartsen S.A. van Gellekom en S. Aydin. De vaste waarnemend huisarts is M. Vos. Alle artsen werken parttime, het is daarom ook niet mogelijk om in te schrijven bij een vaste arts.

Een kennismakingsgesprek is wenselijk, zeker wanneer u een uitgebreide medische geschiedenis heeft.

Wij heten u van harte welkom in de praktijk!

Met vriendelijke groet,

Mw. S.A. van Gellekom, huisarts
Mw. S. Aydin, huisarts

Mw. M. Vos, huisarts



**Inschrijfformulier Huisartsenpraktijk ’t Kalf**

|  |  |
| --- | --- |
| Naam:  |  |
| Voornaam:  |  |
| Geslacht:  |  |
| Geboortedatum: |  |
| Geboorteplaats:  |  |
| BSN nummer: |  |
| Straat en huisnummer: |  |
| Postcode en woonplaats:  |  |
| Telefoon: |  |
| E-mail:  |  |
| Verzekering + polisnummer:  |  |
| Documentnummer ID-kaart /rijbewijs/paspoort:  |  |
| Apotheek:  |  |
| Contactpersoon in noodgevallen:(naam en telefoonnummer)  |  |
| Gegevens vorige huisarts:(naam, adres en telefoonnummer)  |  |
| OPT-IN akkoord JA/NEE:(Landelijk schakelpunt, bij spoed gegevens delen met ziekenhuizen en/of apotheken)  |  |

Datum: Handtekening:

 *Middels deze inschrijving machtig ik Huisartsenpraktijk ’t Kalf voor het opvragen van mijn medisch dossier bij mijn vorige huisarts.*