

## Inschrijving patiënt

Achternaam .....

Volledige voornamen .....

Geslacht Man / Vrouw

Geboortedatum .....

Straat + huisnr. ....

Postcode .....

Woonplaats .....

Telefoonnummer (vast) .....

Telefoonnummer (mobiel) .....

e-mail .....@.....

Verzekeraar .....

Polis-/relatienummer .....

Identiteitsdocument Paspoort / Rijbewijs / ID

Nummer ID .....

BSN .....

Inschrijfdatum .....

Bovengenoemde patiënt geeft hierbij toestemming voor het elektronisch uitwisselen van medische gegevens: **JA / NEE** (doorhalen wat niet van toepassing is)

**Datum:**

**Handtekening:**

**Bijlagen:**

- Kopie paspoort/rijbewijs/ID
- Kopie verzekeringspas

Inschrijfcontrole	
BSN	
WID	
LSP	
COV	
ION (datum)	
Dossiernummer	