

**Overschrijfformulier naar andere huisarts binnen Gemeente Duiven** (volledig invullen a.u.b.)

Bij welke huisarts wilt u zich inschrijven:

- |  |              |  |           |  |           |
|--|--------------|--|-----------|--|-----------|
| <input type="checkbox"/> Huisarts Flower         | <b>FL</b>    | <input type="checkbox"/> Huisarts Van Dellen | <b>DC</b> | <input type="checkbox"/> Huisarts Jongmans | <b>JJ</b> |
| <input type="checkbox"/> Huisarts Sluijmers/Liem | <b>UI/LM</b> | <input type="checkbox"/> Huisarts Koster     | <b>KF</b> | <input type="checkbox"/> Huisarts Bosman   | <b>ZN</b> |
| <input type="checkbox"/> Huisarts Rommens        | <b>OM</b>    | <input type="checkbox"/> Huisarts Mulling    | <b>MU</b> | <input type="checkbox"/> Huisarts Eikelaar | <b>EI</b> |

*Dikgedrukte code voor overdragen dossier per Medicom.*

Bij welke apotheek haalt u de door de huisarts voorgeschreven medicatie op:

- Service Apotheek Duiven, Burgemeester van Dorth tot Medlerstraat 3, 6921 AS Duiven.
- Apotheek de Linde, Eltensestraat 1, 6922 JA Duiven.

**Voor inschrijving vragen wij uw paspoort, rijbewijs of ID kaart mee te nemen.**

**In te vullen door de assistente:**

Soort ID bewijs (paspoort, rijbewijs, ID kaart)	
Documentnummer ID bewijs	
Gecontroleerd, paraaf assistente	

**Om uw medische gegevens bij uw vorige huisarts op te vragen hebben wij onderstaande gegevens nodig, voorzien van uw handtekening. Hiermee geeft u toestemming.**

**Zonder uw toestemming/handtekening mogen en kunnen wij geen gegevens opvragen.**

Naam huidige huisarts : \_\_\_\_\_

Uw naam : \_\_\_\_\_

Datum : \_\_\_\_\_ Handtekening:

**Algemene gegevens**

Achternaam : \_\_\_\_\_ Geslacht M/V

Voorletters : \_\_\_\_\_ Roepnaam: \_\_\_\_\_

Geboortedatum : \_\_\_\_\_ Tweeling: ja / nee

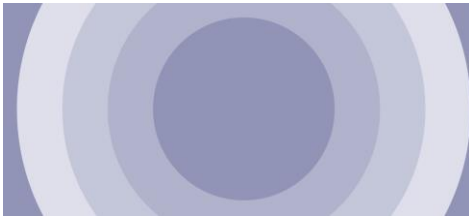
Burgerlijke staat : \_\_\_\_\_

Adres : \_\_\_\_\_

Postcode : \_\_\_\_\_ Woonplaats: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer mobiel : \_\_\_\_\_ Telefoonnummer thuis: \_\_\_\_\_

E-mail adres : \_\_\_\_\_



**Verzekeringsgegevens**

Naam verzekering: \_\_\_\_\_

Polisnummer : \_\_\_\_\_

BSN nummer : \_\_\_\_\_

Wie kan de huisarts benaderen in geval van nood?

Naam : \_\_\_\_\_ Telefoonnummer \_\_\_\_\_

**Wilt u iets vermelden wat niet in de vragenlijst voorkomt, maar wat u wel van belang vindt om aan uw nieuwe huisarts te vermelden:**

---

---

---

---