



Huisartsenpraktijk Zieuwent

G.M.M. Molleman
T.H.N.J. Vosters

Harreveldseweg 17d T 0544-351276
7136 KH Zieuwent F 0544-351661
Postbus 25 E vosmol@huisartszieuwent.nl
7136 ZG Zieuwent www.huisartszieuwent.nl

Betreft: Inschrijving op naam

Geachte heer, mevrouw, familie,

U wilt zich inschrijven bij huisartsenpraktijk Molleman/Vosters en wij heten u van harte welkom. Na inschrijving ontvangt u van ons een praktijkfolder en meer informatie kunt u lezen op onze website www.huisartszieuwent.nl.

Met de komst van het nieuwe zorgverzekeringsstelsel worden alle Nederlanders ingeschreven op naam bij een huisarts. Bij verandering van huisarts hoort een juiste inschrijving, maar ook een correcte uitschrijving bij uw vorige huisarts. Zo komt uw medisch dossier op de juiste plek.

Zorgverzekeraars betalen vaak alleen aan de huisarts die door de patiënt is opgegeven. Het moet dus duidelijk zijn bij wie en sinds wanneer u als patiënt staat ingeschreven.

Om u in te schrijven bij onze praktijk, verzoeken wij u het onderstaande formulier in te vullen, te ondertekenen en ons toe te sturen. Indien van toepassing ontvangen wij graag voor iedere persoon een eigen formulier. Wij zullen uw vorige huisarts op de hoogte stellen door een kopie/fax te sturen. Vergeet niet uw zorgverzekeraar in te lichten dat u van huisarts gewisseld bent.

Bij voorbaat hartelijk dank.

Met vriendelijke groet,

G.M.M. Molleman
T.H.N.J. Vosters



Huisartsenpraktijk Zieuwent

G.M.M. Molleman
T.H.N.J. Vosters

Harreveldseweg 17d
7136 KH Zieuwent
Postbus 25
7136 ZG Zieuwent

T 0544-351276
F 0544-351661
E vosmol@huisartszieuwent.nl
www.huisartszieuwent.nl

Inschrijfformulier

Datum inschrijving :

Naam :

Voorletters :

Geslacht : man / vrouw (s.v.p. doorhalen)

Geboortedatum :

Adres :

Postcode en Woonplaats :

Telefoon :

Mobiele Telefoon :

E-mailadres :

Zorgverzekeraar :

Polisnummer :

Burgerservicenummer :

Naam vorige huisarts :

Adres vorige huisarts :

Postcode en Woonplaats :

Telefoon vorige huisarts :

Na ondertekening van dit formulier geef ik toestemming dat de praktijk mij afmeldt bij mijn vorige huisarts en mijn medische dossier opvraagt.

Datum :

Handtekening :