**Inschrijfformulier**

Dit inschrijfformulier bevat een verklaring van een patiënt van inschrijving binnen onze huisartsenpraktijk. En kan gebruikt worden als verzoek tot correctie van huisartsendeclaratie.

**Gegevens huisarts**

Naam praktijk: Huisartsengroepspraktijk de Dorpsstraat

Adres praktijk: Dorpsstraat 3, 2712 AB Zoetermeer

AGB-code praktijk: 01-054296

**Administratieve gegevens declarant**

Naam declarant: Stichting Georganiseerde eerstelijnszorg Zoetermeer

AGB-code declarant: 98/098420

Banknummer betalingen: 65.87.66.422 t.n.v. SGZ Huisartsenzorg

**Patiënt verklaart bij bovenstaande huisarts in zijn/haar praktijk op naam te zijn ingeschreven met zijn/haar (indien van toepassing) gezinsleden.**

**Gegevens patiënt**

Inschrijfdatum: ……. - ……. - …………….

Naam: ……………………………………………………………………………………………………………

Geboortedatum: …………………………………………………… M/V

Verzekeringsnummer: ……………………………………………………………………………………………………………

BSN: ……………………………………………………………………………………………………………

Zorgverzekeraar: ……………………………………………………………………………………………………………

Rijbewijs nummer: …………………………………………………………………………………………………………..

Paspoort / ID kaart ……………………………………………………………………………………………………………

Welke apotheek wilt u? ……………………………………………………………………………………………………………

Emailadres: ……………………………………………………………………………………………………………

Beroep: ……………………………………………………………………………………………………………

**Handtekening:** **Datum:**

Adres: Straat: ……………………………………………………………………………………………………………

 Huisnummer: ……………………………………………………………………………………………………………

 Postcode: ……………………………………………………………………………………………………………

 Tel nr thuis: ……………………………………………………………………………………………………………

 Mobiel nr: ……………………………………………………………………………………………………………

**--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**Toestemmingsformulier LSP (voordat u dit invult kijk dan eerst op www.volgjezorg.nl)**

Ik geef **WEL/GEEN** toestemming aan zorgverlener (huisarts) om mijn gegevens beschikbaar te stellen via het LSP (landelijke schakelpunt). Ik heb alle informatie gelezen in de folder “Jouw medische gegevens beschikbaar via het Landelijk Schakelpunt.

**Handtekening:** **Datum:**

**--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

Heeft u contact met de assistente gehad betreffende de inschrijving? Ja / Nee

Woont u in een wijk met postcode 2711/2712/2713/2722? Ja / Nee

Heeft u al eerder ingeschreven gestaan in deze praktijk? Ja / Nee

Zo ja om welke reden bent u toen weggegaan?...............................................................

……………………………………………………………………………………………………………………………………….

Heeft u al een huisarts binnen Zoetermeer? Zo ja, welke?...............................................

………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Zo ja, vraag dan aan ons om de praktijkcode voor de omzetting voor uw dossier.

**Wij verzoeken u bij het afgeven van uw formulier een identiteitsbewijs te laten zien.**