

Inschrijfformulier Gezondheidscentrum Pannenhoef	
Achternaam	
Meisjesnaam	
Voorletter(s)	
Roepnaam	
Geboortedatum	M / V
Adres	
Postcode	
Woonplaats	
Telefoonnummer	
Mobiel nummer	
Email	
BSN	
Zorgverzekeraar	
Polis nummer	
Apotheek	
Ik geef toestemming voor opvragen dossier bij vorige huisarts	JA / NEE
Vorige huisarts	
Adres	
Postcode	
Woonplaats	
Geef toestemming tot het Uitwisselen van de medische gegevens*	JA / NEE
Datum	
Handtekening	

**betreft het uitwisselen van medische gegevens aan andere zorgverleners, zoals bijvoorbeeld huisartsenpost, met inachtneming van het medisch beroepsgeheim.*

LET OP: bij inschrijving dient u zich persoonlijk te legitimeren met een geldig legitimatiebewijs.