

## Inschrijfformulier Huisartsenpraktijk PGM van Leeuwen- Olivotto

Voorletters	
Naam	
Achternaam	
Geboortedatum	
Geslacht	
Burgerlijke staat	
BSN nummer	
Straat en huisnummer	
Postcode woonplaats	
Telefoonnummer	
Mobiel nummer	
Emailadres	
Gewenste apotheek (indien bekend)	

### Zorgverzekering

Naam zorgverzekeraar	
Polisnummer/ relatienummer	
Uzovi nummer (indien bekend)	

### Gegevens vorige huisarts

Naam Huisartspraktijk	
Naam huisarts	
Vestigingsplaats	
Telefoonnummer	

### N.B. Wat moet u nog zelf regelen?

**Uitschrijving bij uw huidige huisarts**  
(is een voorwaarde om uw medische gegevens van uw vorige huisarts te mogen ontvangen)

**Inschrijven bij een apotheek.**

**Door invulling, ondertekening en verzending van dit inschrijfformulier geeft u toestemming dat wij uw medische gegevens ontvangen van uw vorige huisarts.**

**Ondergetekende verklaart dat P.G.M van Leeuwen- Olivotto de vaste huisarts is:**

**Datum** ..... **Handtekening** .....

Huisartsenpraktijk PGM van Leeuwen- Olivotto

Eiland 1a, 4143 EN Leerdam

Tel: 0345-612111 Email: Hap.pgmvanleeuwenolivotto@ezorg.nl