



HUISARTSENPRAKTIJK
HET ZORGKASTEEL

FORMULIER
Inschrijven patiënten

Geldig legitimatie-
bewijs meenemen
bij afgifte formulier

Ondergetekende verklaart dat hij / zij per ____ / ____ / ____ met ____ minderjarige gezinsleden ingeschreven is in de
huisartsenpraktijk Het Zorgkasteel te Rhoon.

Achternaam	Voorletters	m / v
Voornaam		
Adres		
Postcode	Plaats	Geboortedatum
Telefoonnummer	Mobiel	E-mail
BSN-nummer		
Zorgverzekeraar	Polisnummer	
Gewenste apotheek	☐ Rhoon	☐ Poortugaal
	☐ Portland	
UZOVI code zorgverzekeraar (staat op uw verzekeringspasje)		
Soort legitimatiebewijs	Nummer	

Inwonende minderjarige gezinsleden:

1	Voorletters	Voornaam	Achternaam	m / v
	Geboortedatum		BSN-nummer	
	Huidige zorgverzekeraar		Polisnummer	
	Soort legitimatiebewijs		Nummer legitimatiebewijs	
2	Voorletters	Voornaam	Achternaam	m / v
	Geboortedatum		BSN-nummer	
	Huidige zorgverzekeraar		Polisnummer	
	Soort legitimatiebewijs		Nummer legitimatiebewijs	
3	Voorletters	Voornaam	Achternaam	m / v
	Geboortedatum		BSN-nummer	
	Huidige zorgverzekeraar		Polisnummer	
	Soort legitimatiebewijs		Nummer legitimatiebewijs	
4	Voorletters	Voornaam	Achternaam	m / v
	Geboortedatum		BSN-nummer	
	Huidige zorgverzekeraar		Polisnummer	
	Soort legitimatiebewijs		Nummer legitimatiebewijs	

Naam en adres vorige huisarts

Telefoonnummer vorige huisarts

Hierbij verklaar ik dat ik mij bij mijn vorige huisarts heb
uitgeschreven en mijn dossier heb opgevraagd.

Datum: _____

Handtekening