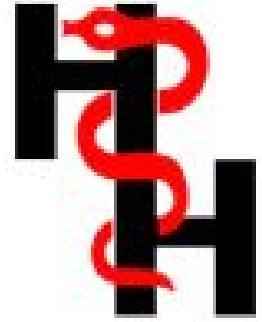


Inschrijfformulier
Registration form



Huisartsen Heemstede
I.S.E. Lie-A-Ling
T.M.C. Charras
Heemstedestraat 46 hs, 1058NN Amsterdam
Tel. 020 - 6152537
AGB code 10340

Hierbij bevestig ik dat ik mij per _____ inschrijf als patiënt bij Huisartsen Heemstedestraat.
I hereby confirm that I am registering as a patient at Huisartsen Heemstedestraat per _____

Landelijk schakelpunt (LSP):
National Exchange Point

<input type="checkbox"/> JA, ik geef toestemming aan huisartsen Heemstede om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners via het LSP. <i>YES, I give permission to Huisartsen Heemstede to make my data available for consultation by other healthcare providers via the LSP</i>	<input type="checkbox"/> NEE, ik geef geen toestemming aan huisartsen Heemstede om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners via het LSP. <i>NO, I do not give permission to Huisartsen Heemstede to make my data available for consultation by other healthcare providers via the LSP.</i>
---	--

Naam: _____
Name

Geboortedatum: _____ Geslacht: Man / Vrouw
Date of birth *Sex: Male / Female*

BSN: _____
Personal identificationnr.

Straat, huisnr. - toev. _____
Street + housenr. - supp.

Postcode en plaats: _____
Postal code and city

Telefoonnummer: _____
Phone nr.

E-mailadres: _____
E-mail address

Telefoonnummer ICE
(in case of emergency): _____
+ Naam contactpersoon
Phonenr. ICE + name contactperson

Zorgverzekeraar + polis/klant/relatiernr: _____
Name insurance comp + client./relation nr.

Kies een apotheek: _____
Choose a pharmacy

Naam vorige huisarts: _____
Name previous dutch gp

Woonplaats: _____
City

Ik verzoek mijn medische dossier op te sturen naar bovengenoemde huisartsenpraktijk en mij uit te schrijven als patiënt. Indien mogelijk, verzoek ik het dossier via zorgmail file transfer naar mijn nieuwe huisarts te sturen.
I request to send my medical file to the general practice mentioned above and to deregister as a patient. If possible, I request that the file be sent to my new gp via zorgmail file transfer.

Datum, Plaats en Handtekening: _____
Date, city and signature