



R. Ritzemastraat 16
9965 TD Leens
www.gcdemarne.nl
T: 0595-571004
F: 0595-572242
info@gcdemarne.nl

Overeenkomst 'Op naam ingeschreven patiënt'

Ondergetekende(n):

Naam..... Straat.....
Postcode.....
Woonplaats..... Telefoonnummer.....

Deelt hierbij mede dat hij/zij per zich heeft aangemeld als nieuwe patient(en) in de praktijk van het Gezondheidscentrum De Marne.

Bent u eerder bij ons gezondheidscentrum ingeschreven geweest?

Ja Nee

Gaat u op een adres wonen bij iemand die al bij ons ingeschreven is?

Ja Nee (Zo ja wat is de naam:.....)

Hij/zij geeft toestemming dat de oude medische gegevens bij de vorige huisarts worden opgevraagd en hier wordt uitgeschreven.

Adresgegevens vorige huisarts:

Naam:.....

Adres:.....

Postcode/ Woonplaats:..... Telefoon:..... Fax:.....

Datum:

Handtekening

.....

Het betreffen de volgende personen:

| | Naam | Geboortedatum | M/V | Verzekering | Verzekeringsnummer | Burger Service Nr. |
|---|------|---------------|-----|-------------|--------------------|--------------------|
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |
| 6 | | | | | | |
| 7 | | | | | | |
| 8 | | | | | | |
| | | | | | | |