** AANMELDFORMULIER**

**NIEUWE PATIENTEN**:

Naam:………………………………………………...M/V Voorletters/voornaam:…………

Geboortedatum: ..…-.….-……… BSN nummer:………………………………………

O gehuwd O Samenwonend O Alleenstaand

Naam verzekering: ……………………… Polisnummer:…………………………..........

Adres: ……………………………………………………………………………………...

Postcode: ………………………………………………………………………………………

Plaats: ………………………………………………………………………………………

Vast tel.nr: …………………………………… Mobiel tel.nr.: ……………………..

Email-adres:……………………………………………………………………………………

Nieuwe huisarts ……………………………………………………………………………..

Naam en plaats vorige huisarts ……………………………………………………………..

**GEGEVENS PARTNER**

Naam:………………………………………………M/V Voorletters/voornaam:………….

Geboortedatum: ..…-…..-……… BSN nummer…………………………………

O gehuwd O Samenwonend

Naam verzekering: …………………………… Polisnummer: ………………………….

Mobiel tel.nr.: …………………………... Email-adres:……………………………

Naam en plaats vorige huisarts…………………………………………………………….

**GEGEVENS KINDEREN / GEZINSLEDEN**

Naam:………………………M/V Voornaam:………….. Geboortedatum:…-….-………..

Naam verzekering:……………………………… Polisnummer:…………………………..

BSN nummer:…………………………………… Mobiel tel.nr.: …………………………...

Naam:………………………M/V Voornaam:………….. Geboortedatum:…-….-………..

Naam verzekering:……………………………… Polisnummer:…………………………...

BSN nummer:…………………………………… Mobiel tel.nr.: …………………………...

Naam:………………………M/V Voornaam:………….. Geboortedatum:…-….-………..

Naam verzekering:……………………………… Polisnummer:……………………………

BSN nummer:…………………………………… Mobiel tel.nr.:……………………………

**ATTENTIE!!!**

**- U dient zich af te melden bij uw vorige huisarts
- Middels dit formulier geeft u ons toestemming tot het opvragen van uw medische gegevens bij uw vorige huisarts.**

**- Bij behandeling in het ziekenhuis ook daar de wijziging van huisarts doorgeven.**

**- Ons privacyreglement vindt u op**: [www.huisartsencampanula.nl](http://www.huisartsencampanula.nl)

Datum: … -….-…….. Handtekening: ……………………… **ID Check:**  ……..