

INSCHRIJFFORMULIER

Achternaam		M/V
Voorletters		
Roepnaam		
Geboortedatum		
Adres		
Postcode		
Plaats	Rotterdam	
Telefoon	Vast 010 - Mobiel 06 -	
E-mail		
Apotheek		
Zorgverzekeraar		<i>uzovi</i>
Verzekeringsnummer		
Soort ID		
Nummer ID		
BurgerServiceNummer		
Bent u eerder patiënt van dr Poelstra geweest?		Ja/Nee
Staan er al familieleden/huisgenoten (op hetzelfde adres) ingeschreven bij dr Poelstra? Zo ja wie?		Ja/Nee

Hierbij verklaar ik dat ik mij heb ingeschreven bij

F. Poelstra, huisarts
Oudedijk 299a
3061 AL Rotterdam
Tel: 010-4520330

en geeft ik dr. Poelstra toestemming mijn medische gegevens op te vragen bij mijn vorige huisarts.

Naam vorige huisarts:	
Adres:	
Postcode:	Plaats:

Rotterdam

Datum:
Handtekening:

ION AANGEMELD
EINDDATUM