



**HUISARTSENCESTRUM**  **AXEL**  
de Ruyterstraat 7 - 4571BW Axel - tel: 0115 - 561777

## Inschrijfformulier

Om u in te schrijven in onze praktijk willen wij u vragen het onderstaande formulier volledig in te vullen, te ondertekenen en daarna in de praktijk af te geven.

**Het is tevens verplicht om een kopie van uw legitimatiebewijs toe te voegen.**

### Hoofdbewoner

Achternaam:.....M/V

Voornaam:.....

Voorletters:.....

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

Adres:.....

Postcode + woonplaats:.....

Telefoonnummer:..... Mobiel:.....

Verzekeringsmaatschappij:..... Inschrijfnr:.....

Emailadres:.....

Vorige huisarts:.....

### Partner

Achternaam:.....M/V

Voornaam:.....

Voorletters:.....

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

Adres:.....

Postcode + woonplaats:.....

Telefoonnummer:..... Mobiel:.....

Verzekeringsmaatschappij:..... Inschrijfnr:.....

BSN-nummer:.....

Emailadres:.....

Vorige huisarts:.....

## Kinderen

Naam	Roepnaam	Geboren	M/V	Verzekering	Inschrijfnr	BSN

Hierbij verklaar ik per ingang van heden ingeschreven te zijn bij;

Huisartsencentrum Axel

De Ruyterstraat 7

4571 BW Axel

0115-561777

Ik geef hiermee toestemming om het medische dossier op te vragen en indien van toepassing samen te voegen.

Datum:.....

Handtekening:.....

**Wij willen u vriendelijk verzoeken eerst uw eigen huisarts (schriftelijk) in kennis te stellen dat u in onze praktijk wenst ingeschreven te worden. Anders is het niet mogelijk om u hier in te schrijven.**