

Verklaring inschrijving huisarts

Dit formulier bevat een verklaring van een patiënt van inschrijving binnen een huisartsenpraktijk, en kan gebruikt worden als verzoek tot correctie van huisartsendeclaraties.

Gegevens huisarts:

Naam huisarts :

Adres praktijk :

AGB -code huisarts :

AGB -code praktijk :

Gegevens patiënt:

Inschrijfdatum huisartsenpraktijk : (dd-mm-jaar)

Naam Patiënt :

Relatienummer :

Gezinsleden patiënt		
Naam	Relatienummer	Geboortedatum

Patiënt verklaart bij bovenstaande huisarts in zijn/haar praktijk op naam te zijn ingeschreven, met zijn/haar (indien van toepassing) gezinsleden.

Handtekening:

Datum:

Indien meerdere gezinsleden bij één huisarts staan ingeschreven, graag de afzonderlijke geboortedata en relatienummers vermelden van ieder gezinlid. Er is dan echter maar één handtekening nodig. Een kopie van dit inschrijfformulier kunt u per fax naar Cluster Farmacie en Huisartsen sturen. Faxnummer : (071) 5 825 697.