**INSCHRIJFFORMULIER**

**HUISARTSENPRAKTIJK CO-MED OIRSCHOT**

Vul onderstaand inschrijfformulier voor ons in en wij nemen vervolgens contact met u op om een afspraak in te plannen.

Vul één formulier per persoon in (u kunt meerdere formulieren indienen!).

**Medische en sociale achtergrond;**  
Hiervoor vragen we de gegevens van uw vorige huisarts. Uw medische informatie wordt besproken in het eerste gesprek. U kunt voor uzelf opschrijven wat u belangrijk vindt om aan ons te vertellen. Dit neemt u mee.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Jorisstraat 55  5688 AS Oirschot  08.00 – 17.00 uur  0499-57 17 65 SPOED toets 1  oirschot@co-med.nl | | |
| Achternaam | Voorletters | Roepnaam |
| Geslacht | Geboortedatum | Geboorteplaats |
| Geboorteland | BSN | Burgerlijke staat |
| Adres + postcode | Telefoon vast | Telefoon mobiel |
| E-mailadres | Naam contactpersoon | Telefoonnummer contactpersoon |
| Relatie contactpersoon | Opleiding | Werk |
| Woonsituatie | Aantal gezinsleden | Apotheek van inschrijving |
| Naam vorige huisarts | Woonplaats vorige huisarts | Reden van vertrek |
| Medische en sociale achtergrond | | |
| Ik geef toestemming om mijn gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners via het LSP - Landelijk Schakelpunt (zie [www.volgjezorg.nl/toestemming](http://www.volgjezorg.nl/toestemming) voor meer informatie).  □akkoord □ niet akkoord | | |