

Gelieve dit formulier zo volledig mogelijk in te vullen en mee te nemen bij uw eerste afspraak.

1	Sekse	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw
2	Voornaam	<input type="text"/>
3	Achternaam	<input type="text"/>
4	Adres	<input type="text"/>
5	Postcode en plaats	<input type="text"/>
6	Wilt u post ontvangen op bovenstaande adres?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
	Alternatief adres:	<input type="text"/>
7	Telefoonnummer	<input type="text"/>
8	E-mailadres	<input type="text"/>
9	Nationaliteit	<input type="text"/>
10	Geboortedatum	<input type="text"/>
11	BSN	<input type="text"/>
12	Zorgverzekeraar	<input type="text"/>
13	Polisnummer	<input type="text"/>
14	Nr. Paspoort/identiteitskaart	<input type="text"/>
15	Verwijzer	<input type="text"/>
16	Huisarts	<input type="text"/>
17	Geeft u toestemming uw huisarts te informeren over uw inschrijving in deze praktijk?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
18	Geeft u toestemming uw huisarts te informeren over uw psychotherapeutische behandeling?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
19	Geeft u toestemming dat uw dossier voor visitatie bekeken wordt door een BIG-geregistreeerde visiteur van de LVVP om de kwaliteit van de praktijkvoering van Mw. de Reuver te toetsen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
	Datum:	Handtekening:
	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>