



Huisartsen Gezondheidscentrum Spoorlaan

Spoorlaan 20, 2908 BG Capelle aan den IJssel www.huisartsen.gcspoorlaan.nl

INSCHRIJFFORMULIER

- ☐ Praktijk Al Saudi tel: 010 – 451 79 59
☐ ~~Praktijk Hordijk / Wassink tel: 010 – 458 36 11 GESLOTEN~~
☐ ~~Praktijk Van Oort / Borsboom tel: 010 – 451 62 22 GESLOTEN~~
☐ ~~Praktijk Wierenga tel: 010 – 442 35 38 GESLOTEN~~

Ondergetekende: (graag voor elke persoon een formulier invullen)

Achternaam + geboortenaam		
Voorletters + roepnaam		
Geboortedatum	Geslacht: M / V*	
BSN		
Straat + huisnummer		
Postcode + Woonplaats		
Andere personen op hetzelfde adres	☐ JA ☐ NEE	
Telefoonnummer		
E-mail		
ID-bewijs	ID-kaart/paspoort/verblijftitel/rijbewijs* nummer: _____	
Zorgverzekeraar		
Verzekeringsnummer		

Invullen door HA-praktijk

- ☐ ION ☐ BSN
☐ COV ☐ WID
☐ LSP ☐ MGn
☐ ZMT ☐ SCAN
☐ Controle NAW/tel/mail
☐ Medicom omgezet
☐ Gescreend HA

Voertaal: _____

Bij inleveren van dit formulier ID -kaart/ paspoort tonen
Graag inleveren met een kopie zorgverzekeringspas

Inleveren kan tussen 8 en 12 uur bij de assistente van de praktijk.

Verklaart hierbij dat hij/zij per _____ (datum invullen) als patiënt(e) wil worden ingeschreven bij hierboven aangegeven praktijk.

Graag afmelden bij de oude huisarts en toestemming geven voor overdracht van het dossier.

Vorige huisarts

Woonplaats

Ik geef WEL/GEEN* toestemming voor LSP (elektronische uitwisseling medische gegevens met collega zorgverleners). Meer informatie op: www.vzvz.nl

U kunt uw medisch dossier online inzien via www.mijngezondheid.net. Wanneer u uw dossier wilt inzien kunt u dit hieronder aangeven, de huisarts zal uw dossier "open" zetten.

Ik wil WEL/GEEN* gebruik maken van de mogelijkheid tot online inzage van mijn dossier

Plaats: _____

Datum: _____

Handtekening: _____

* Doorhalen wat niet van toepassing is
Versie: 2 maart 2026





Huisartsen Gezondheidscentrum Spoorlaan

Spoorlaan 20, 2908 BG Capelle aan den IJssel www.huisartsen.gcspoorlaan.nl

1. Gebruikt u medicijnen? ☐ ja ☐ nee

Naam geneesmiddel:

Hoeveel MG:

Gebruik per dag:

Tijdstip inname:

8u 12u 18u 22u

☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐

2. Gebruikt u zelfzorgmiddelen / alternatieve middelen / voedingssupplementen? Denk hierbij aan pijnstillers, maagtabletten, vitaminepreparaten, Sint janskruid etc.

3. Bent u overgevoelig / allergisch voor of bekend met bijwerkingen voor geneesmiddelen of hulpstoffen (bijv. penicilline, lactose)? Zo ja, voor welke geneesmiddelen en/of hulpstoffen, wat zijn de bijwerkingen?

Geneesmiddel / hulpstof(fen):

Bijwerkingen:

4. Zijn er onderwerpen waarvan u vindt dat de huisarts hiervan op de hoogte moet zijn voordat het dossier is overgedragen door de oude huisarts?

