

# DE MARNE



## GEZONDHEIDSCENTRUM

R. Ritzemastraat 16  
9965 TD Leens  
[www.gcdemarne.nl](http://www.gcdemarne.nl)  
T: 0595-571004  
F: 0595-572242  
[info@gcdemarne.nl](mailto:info@gcdemarne.nl)

### Overeenkomst 'Op naam ingeschreven patiënt'

Ondergetekende(n):

Naam.....  
Straat.....  
Postcode.....  
Woonplaats.....  
Telefoonnummer.....

Deelt hierbij mede dat hij/zij per ..... zich heeft aangemeld als nieuwe patient(en) in de praktijk van het Gezondheidscentrum De Marne.

Hij/zij geeft toestemming dat de oude medische gegevens bij de vorige huisarts worden opgevraagd en hier wordt uitgeschreven.

Adresgegevens vorige huisarts:

Naam:.....  
Adres:.....  
Postcode/ Woonplaats:.....  
Telefoon:..... Fax:.....  
Datum: .....

Handtekening

.....

---

Het betreffen de volgende personen:

	Naam	Geboortedatum	M/V	Verzekering	Verzekeringsnummer	Burger Service Nr.
1						
2						
3						
4						
5						
5						
6						
7						
8						
9						