

INSCHRIJFFORMULIER**Datum:****Mijn gegevens:**

Naam:

Straat en huisnummer:

Postcode:

Plaats:

Geboortedatum:

Burgerservicenummer (BSN):

Telefoonnummer:

E-mailadres:

Mijn huidige tandarts: (Indien niet van toepassing, vul dan 'Geen' in)

Naam Tandartspraktijk:

Plaats:

Ik heb mijn huidige tandarts geïnformeerd over mijn overstap naar Mondzorg Brummen:☐ Gelieve aan te kruisen wat van toepassing is.☐ **N.v.t.** omdat ik zeer lang niet naar een tandarts ben geweest.☐ **Nee.** Ik informeer mijn huidige tandarts zo snel mogelijk en mail indien mogelijk de bevestiging van uitschrijving naar info@mondzorgbrummen.nl.☐ **Ja.** Doorgegeven op datumvia: ☐ telefoon ☐ e-mail ☐ anders:**Hierbij verleen ik toestemming om mijn dossier over te dragen en te verzenden naar:**

Mondzorg Brummen

Ambachtstraat 27, 6971 BN Brummen

Telefoon: 0575-847143

Email-adres: info@mondzorgbrummen.nlZorgMail-adres: 500156431@lms.lifeline.nl of mondzorgbrummen@zorgmail.nl**Ondertekening:****Kind jonger dan 12 jaar:** Handtekening van ouder(s) / gezagdrager(s).**Kind van 12, 13, 14 of 15 jaar** (wilsbekwaam): Handtekening van ouder(s) / gezagdrager(s) én het kind zelf.**Patiënt(e) van 16 of ouder** (wilsbekwaam): Alleen de handtekening van de patiënt(e) zelf is wettelijk geldig.

Naam:

Naam:

Naam:

Handtekening:

Handtekening:

Handtekening: