



*Hoofdlocatie/postadres:*

Akeleistraat 35m  
2565 NT 's-Gravenhage

*Nevenlocatie:*

Mimosastraat 7  
2555 DN 's-Gravenhage

Telefoon: **070 368 36 84**

Fax: 070 325 45 43

[www.akeleihuisartsenzorg.nl](http://www.akeleihuisartsenzorg.nl)

## Welkom bij Akelei Huisartsenzorg

U gaat zich inschrijven bij Akelei Huisartsenzorg. Een goede keuze. Kiest u voor Akelei Huisartsenzorg, dan kiest u voor uw eigen vaste huisartsenpraktijk en een persoonlijke benadering.

Akelei Huisartsenzorg kent een samenwerkingsverband met: Akelei apotheek, M&O fysiotherapie, MIX-diëtisten, psychologenpraktijk E.A. Bohnen, verloskundigenpraktijk Kortekaas & Heetkamp, en Florence Thuiszorg. Zij zijn eveneens gevestigd in het eerstelijnscentrum in de Akeleistraat. Door de goede samenwerking kunnen wij u hoogwaardige zorg op maat bieden.

Onderdeel van deze hoogwaardige zorg is een assistentenspreekuur (bloeddrukmetingen, wondverzorging, verwijderen hechtingen, wrattenbehandeling, enkels tapen, etc.). Kwetsbare ouderen, Diabetes-, COPD- en CVRM-patiënten worden regelmatig gecontroleerd door onze gespecialiseerde praktijkondersteuners en wijkverpleegkundigen. In ons centrum kunt u verder terecht voor bloedafname, hartfilmpje en longfunctieonderzoek.

Wij zien ernaar uit u te mogen verwelkomen in een van onze huisartsenpraktijken.

Met vriendelijke groet,  
Akelei Huisartsenzorg,

**Mw. N.A. ten Berge, huisarts**

**A.W.T. Nijenhuis, huisarts**

**E.M. Warmenhoven, huisarts**

**Mw. J.B. Snoeck-Stroband, huisarts**

**Mw. M. Venekamp, huisarts**

# Inschrijving Akelei huisartsenzorg

## Uw adres

Straat		Huisnr.	
Postcode	Woonplaats		
Telefoon*	Mobiel 1	Mobiel 2	
E-mail 1			
E-mail 2			

\* S.v.p. aankruisen indien dit een geheim telefoonnummer is.  
Ook als u een geheim telefoonnummer heeft, is het belangrijk dat wij u, indien noodzakelijk, kunnen bereiken.

## Persoonlijke gegevens

Voorletters	Voornaam	Achternaam*	√	Geboortedatum	Geboorteplaats	Man/ vrouw
Hoofdverzekerde						
1						m/v
Partner/kinderen						
2						m/v
3						m/v
4						m/v
5						m/v

\* Gehuwde vrouwen s.v.p. ook meisjesnaam vermelden.

√ Hierbij geef ik akkoord op Electronische uitwisseling van mijn Medisch Dossier (EMD) tussen (huis)arts, huisartsenpost en apotheek.

## Zorgverzekeraar

Naam zorgverzekeraar**	UZOVI-nummer (4-cijferige code van uw zorgverzekeraar)	Polisnummer/ Relatienummer	Burger Service Nummer	Legitimatienummer ID kaart/paspoort/ rijbewijs***
Hoofdverzekerde				
1				
Partner/kinderen      Gegevens zorgverzekeraar invullen indien afwijkend van hoofdverzekerde.				
2				
3				
4				
5				

\*\* S.v.p. kopie bewijs van inschrijving of polis en kopie legitimatiebewijs bijvoegen.

\*\*\* Doorhalen wat niet van toepassing is.

## Vorige huisarts

Naam
Plaats

Handtekening	Datum

## Voorkeur huisarts

Na overleg met de assistente

- Mw. N.A. ten Berge  
 A.W.T. Nijenhuis  
 E.M. Warmenhoven  
 Mw. J.B. Snoeck / Mw. M. Venekamp

## Uw apotheek

--

Wij verzoeken u vriendelijk het **ingevulde formulier aan de balie bij de assistente in te leveren.**

Uw medische dossier kunt u opvragen bij uw vorige huisarts.

Voor eventuele vragen kunt u bellen met telefoonnummer 070 368 36 84.