

INSCHRIJFFORMULIER PATIENT

S.V.P. DUIDELIJK IN BLOKLETTERS INVULLEN:

De ondergetekende,

Achternaam _____

Initialen _____ (V / M)

Geboortedatum _____

Adres _____

Postcode en woonplaats _____

Telefoonnummer _____

Mobiel _____

E-mailadres _____

Beroep _____

Huisarts _____

Burgerservicenummer _____

Ik stel mij onder behandeling van het medisch team van het Preventief Medisch Centrum (PMC) in Rotterdam.

Ik heb toegang tot de informatie die PMC verschaft op haar website en in haar brochures m.b.t. de behandelingen die mij aangaan. Ik begrijp dat de behandelingen binnen het PMC geen vervanging zijn van mijn reguliere behandelingen, maar een aanvulling daarop.

Z.O.Z.

Ik ben mij ervan bewust dat de kosten van sommige onderzoeken en/of therapieën niet door alle zorgverzekeraars worden vergoed. Ik kan en zal te allen tijde het secretariaat of mijn behandelend arts raadplegen over de kosten van bedoelde behandelingen, onderzoeken of consulttijd.

Ik begrijp dat er geen resultaatgaranties gegeven kunnen worden op medische behandelingen die mij door het PMC worden geboden.

Ik begrijp dat ik bij verhindering, mijn afspraak 48 uur van te voren dien te annuleren, en dat het P.M.C. anders genoodzaakt is een consult in rekening te brengen.

Het adres van het PMC is mij bekend geworden door (website, advertentie, kennissen):

Ik begrijp dat ik direct na het consult contant, per pin of creditcard dien te betalen.

Handtekening:

Datum: _____

CAPELLE AAN DEN IJSSEL