



# Wijzigingsformulier

Hierbij geeft ondergetekende de volgende wijziging door:

- Overname
- Loondienst/Hidha
- Pensionering
- Naw-gegevens

## A. Algemene gegevens

### 1. Altijd invullen

Achternaam ..... m/v  
Tussenvoegsel .....  
Initialen .....  
Voornaam .....  
Uw privéadres .....  
Postcode .....  
Plaats .....  
Telefoon .....  
Mobiel .....

### 2. Door te geven wijziging

- Overname (ga verder met vraag B)
- Loondienst/Hidha (ga verder met vraag C)
- Pensionering (ga verder met vraag D)
- Naw-gegevens (ga verder met vraag E)

**U kunt meerdere keuzes aankruisen.**

## B. Overname

### Neemt u een praktijk over van een reeds gevestigde huisarts?

- Ja, ga verder met vraag **B1**
- Nee, u vestigt zich op een nieuw adres, ga verder met vraag **B2**
- Anders nl. ....

### **B1**

Van wie neemt u de praktijk over, **naam vertrekkende huisarts** .....

per datum .....

De vragen hieronder hebben betrekking op de nieuwe situatie betreft uw praktijk.

Hoe gaat uw praktijk heten .....

Praktijkadres .....

Postcode .....

Plaats .....

Telefoon .....

Mobiel .....

Fax .....

Spoednummer .....

Collegiaal overlegnummer .....

IBAN .....

Bij welke Hagro sluit u zich aan .....

Welk HIS gebruikt u .....

Patiënten aantal .....

#### **Praktijkvorm:**

- Solo
- Duo (naam DUO partner) .....
- HOED (naam HOED) .....
- Gezondheidscentrum (naam GC) .....
- Anders nl. ....

Heeft u een zorgmail postbus aangevraagd waar u de berichtgeving SMASH in kunt ontvangen?

- Ja, Zorgmail postbusnummer: .....

Ja, nog niet bekend

Uw AGB-code.....

Nee

Heeft u ook de ANW diensten SMASH van de vertrekkende huisarts overgenomen?

Ja, vanaf welke datum .....

Nee

**B2**

Naam Praktijk .....

Praktijkadres .....

Postcode .....

Plaats .....

Telefoon .....

Mobiel .....

Fax .....

Spoednummer .....

Collegiaal overlegnummer .....

Bij welke Hagro bent u aangesloten .....

Welk HIS gebruikt u .....

**Praktijkvorm:**

Solo

Duo (naam DUO partner) .....

HOED (naam HOED) .....

Gezondheidscentrum (naam GC) .....

Anders nl. ....

### C. Loondienstverband/Hidha

#### Invullen alleen voor loondienstverband/Hidha's

Naam werkgever .....

Uw werkadres .....

Postcode .....

Plaats .....

Telefoon .....

Mobiel .....

Fax .....

Spoed nummer .....

Collegiaal overlegnummer .....

Bent u eindverantwoordelijke voor de patiënten in de praktijk? Ja\*/nee

\* Indien ja, gelieve uw persoonlijke AGB-code en uw zorgmailadres (zie B1-praktijkvorm) in te vullen.

Trapcode .....

(te vinden op uw Uniform Pensioen Overzicht (UPO) of op een factuur die u van de LHV heeft ontvangen)

### D. Pensionering

#### Gaat u met pensioen?

Datum pensionering \*) .....

\*) Indien u de pensioengerechtigde leeftijd heeft bereikt en u vrijwel geen waarnemingen doet, kunt u tegen een gereduceerd tarief kiezen voor seniorlidmaatschap.

**E. Wijziging Naw-gegevens**

<b>Privéadres</b>	.....
	.....
	.....
<b>Praktijkadres</b>	.....
	.....
	.....
Praktijknaam	.....
Telefoon	.....
Mobiel	.....
E-mailadres	.....

Dit formulier geheel ingevuld en ondertekend retourneren per post of e-mail.

**Huisartsen Kring Haaglanden**  
**President Kennedylaan 15**  
**2517 JK DEN HAAG**  
**E-mail: [info@kringhaaglanden.nl](mailto:info@kringhaaglanden.nl)**

**Plaats en datum,**

**Handtekening,**

.....

.....