# Aanmeld- en mutatieformulier

Voor registratie bij RHMDC vragen wij u onderstaande gegevens in te vullen.

Wilt u dit ingevulde formulier mailen naar regiosupport@reinier-mdc.nl? Het kan enkele dagen duren voordat uw aanmelding verwerkt is. Neem bij spoed contact op met uw [Relatiebeheerder Diagnostiek](https://rhmdc.nl/zorgverleners/uw-contactpersonen).

|  |
| --- |
| **AANMELDING** |
| Datum aanmelding |  |
| Aangemeld door |  |

|  |
| --- |
| **GEGEVENS AANVRAGER** |
| Naam + voorletters |  |
| Geslacht | Man / Vrouw |
| Functie  |  |
| Telefoonnummer/mobiel nummer |  |
| E-mailadres |  |
| Begindatum |  |

|  |
| --- |
| **GEGEVENS PRAKTIJK** |
| Praktijknaam/organisatienaam |  |
| AGB-code praktijk |  |
| Afdeling *(indien van toepassing)* |  |
| Adres |  |
| Postcode + Woonplaats |  |
| Telefoonnummer |  |
| Website |  |
| Telefoonnummer overleg / spoed  |  |
| Praktijkgrootte  |  |

|  |
| --- |
| **RAPPORTAGE** |
| AGB-code arts*(en)* |  |
| Naam Informatiesysteem *(HIS,VIS, anders)* |  |
| Lifeline / Edifact nummer | 500……. |
| Zorgmail *(indien van toepassing)* |  |
| Afspraak afwijkende uitslagen of spoed | Tel.nr:Beveiligde mail: |
| Afspraak doorbellen afwijkende uitslagen of spoed na sluitingstijd praktijk via huisartsenpost of aanvrager | Naam huisartsenpost:Tel.nr:Mobielnummer aanvrager: |
| Koppeling Zorggroep *(indien van toepassing)* | Ja / Nee Welke: |

|  |
| --- |
| **FACTURATIEGEGEVENS** (indien van toepassing) |
| Naam instelling |  |
| Adres |  |
| Postcode + woonplaats |  |
| Telefoonnummer |  |

|  |
| --- |
| **NIEUWS**  |
| Ontvang nieuws*Het betreft relevante informatie over onze dienstverlening en diagnostiek.*  | Ja / Nee\**\*In sommige gevallen ontvangt u per mail informatie, zie* [*https://rhmdc.nl/privacyverklaring*](https://rhmdc.nl/privacyverklaring) *‘Verwerking voor andere doeleinden’.* |
| E-mailadres voor communicatie |  |

|  |
| --- |
| **KLANTENSERVICE RHMDC** (intern gebruik) |
| Bestelling formulieren | Ja / nee |