

## Algemeen

Voor welke functie wenst u een overeenkomst

- Huisarts *Bigregistratie wordt gecontroleerd*
- Apotheekhoudend huisarts *Bigregistratie wordt gecontroleerd*

Gewenste ingangsdatum overeenkomst

Waarom wilt u een overeenkomst

- Nieuwe vestiging praktijk
- Overname bestaande praktijk, agb-code
- Anders, te weten

## Praktijkgegevens

Praktijk-code *(deze code dient u aan te vragen bij Vektis (www.agbcode.nl))*

Naam praktijk/instelling

Praktijkadres

Postcode van praktijkadres

Plaatsnaam van praktijkadres

Mobiele nummer huisarts

Telefoonnummer praktijk

Faxnummer praktijk

E-mail adres

Website

Betreft het een praktijkovername,  
van wie wordt dan overgenomen?

Wat is de AGB-code van de vertrekkende huisarts?

Wat is de datum van de praktijkovername?

Wat is de reden van de praktijkovername?

Voldoet uw praktijk aan de inrichtings- en locatievoorwaarden van uw beroepsgroep?

ja  nee

Heeft u de continuïteit van zorgverlening en praktijkvoering bij (on)geplande afwezigheid geregeld?

ja  nee

Bent u als huisarts ook nog in een andere praktijk werkzaam?

ja  nee

Zo ja, graag praktijkgegevens vermelden

(eventueel op bijlage)

Voldoen de in uw praktijk werkzame zorgverleners aan de (wettelijke) kwaliteitseisen?

ja  nee

## Persoonlijke gegevens

*(Indien loondienstmedewerker: uw persoonlijke gegevens vermelden, dus niet die van de werkgever)*

Naam

Voorletters

Geslacht

man  vrouw

Geboortedatum

AGB-code *(deze code dient u aan te vragen bij Vektis (www.agbcode.nl))*

Correspondentieadres

Postcode van correspondentieadres

Plaats

Nummer Bigregistratie

Naam werkgever

*(invulling alleen door loondienstmedewerker)*

Zorgverlener-registratienummer van werkgever

*(invulling alleen door loondienstmedewerker)*

### Bijzonderheden

Welke bijzonderheden kenmerken uw praktijk, waarvoor u graag overleg wilt voeren met de relatiemanager van uw regio?

  
  

### Betaalwijze

Om uw rekeningnummer door te geven of te wijzigen, maakt u gebruik van het wijzigingsformulier rekeningnummer. Klik u op de volgende link.

<https://www.achmea.nl/zorgaanbieders/downloads/Wijzigingsformulier-rekeningnummer.pdf>

Aldus naar waarheid ingevuld:

*(Naam persoon die van rechtswege de onderneming/praktijk vertegenwoordigt)*

Plaats en datum

Naam

Handtekening

Afdeling Zorginkoop Binnendienst Huisartsen & Integrale Zorg, Postbus 444, 2300 AK Leiden

Kijkt u ook eens op onze pagina voor startende huisartsen voor praktische informatie en tips.

Stuurt u het aanvraagformulier per e-mail naar: [zorginkoop.huisartsen@zilverenkruis.nl](mailto:zorginkoop.huisartsen@zilverenkruis.nl)