

Inschrijfformulier

Persoonsgegevens

Achternaam: _____ Dhr/Mw

Meisjesnaam: _____

Voorletters: _____

Roepnaam: _____

Geboortedatum: _____

BurgerServiceNummer: _____

Verzekering: _____ Verzekeringsnummer: _____

Straatnaam _____ Huisnummer _____

Postcode: _____ Woonplaats _____

Telefoonnummer: _____

Mobiele nummer: _____

(persoonlijk)e-mailadres: _____

Is uw partner/huisgenoot al in de praktijk ingeschreven? Zo ja:

Naam van uw partner/huisgenoot: _____

Geboortedatum van uw partner/huisgenoot: _____

Reden van inschrijving: Verhuizing ja/nee Anders: _____

Gegevens vorige huisarts

Naam: _____

Adres: _____

Woonplaats: _____

Telefoonnummer: _____

Medische gegevens

Lengte: _____

Gewicht: _____ kg

Heeft u een allergie (bijvoorbeeld medicatie)? Ja/nee

Waarvoor bent u allergisch: _____

Gebruikt u medicijnen? Ja/nee

Naam: _____ Dosering: _____

Naam: _____ Dosering: _____

Naam: _____ Dosering: _____

Naam: _____ Dosering: _____

Heeft u een chronische ziekte of komt deze in de familie voor?

	Bij u	In de familie
Suikerziekte	ja/nee	ja/nee
Hart/vaatziekte	ja/nee	ja/nee
Nierziekte	ja/nee	ja/nee
Hoge bloeddruk	ja/nee	ja/nee
Astma of COPD	ja/nee	ja/nee
Epilepsie	ja/nee	ja/nee
Andere ziekten	ja/nee	ja/nee

Welke: _____

Krijgt u een griepvaccinatie? Ja/nee

Zo ja waarom? _____

Heeft u in het verleden een operatie ondergaan?

Ja/nee

Zo ja wanneer en waarvoor? _____

Leefstijl

In de praktijk wordt veel aandacht besteed aan preventie, vandaar dat we graag antwoord op de onderstaande vragen van u ontvangen.

Rookt u? ja/nee Zo ja, hoeveel sigaretten per dag? _____

Gebruikt u alcohol? Ja/nee Zo ja, hoeveel consumpties per dag/ per week? _____

Gebruikt u drugs? Ja/nee Zo ja, welke en hoeveel? _____

Is er nog aanvullende informatie waarvan u uw nieuwe huisarts op de hoogte wil stellen?

Datum: _____

Hierbij verklaart u vanaf bovengenoemde datum ingeschreven te zijn bij huisartsenpraktijk Geffen. Deze verklaring kan gebruikt worden als verzoek tot correctie van huisartsendeclaraties.

Graag ontvangen we bij het inleveren een kopie van:

- Uw identiteitsbewijs of paspoort
- Uw pasje van de zorgverzekering

Wij wijzen u erop dat u zelf verantwoordelijk bent voor de overdracht van uw medische gegevens, neemt u hiervoor contact op met uw vorige huisarts.

Handtekening: _____

Aangenomen door: _____

TOESTEMMINGSREGISTRATIE FORMULIER PATIËNTEN

- Ja, ik ga akkoord met het beschikbaar stellen van mijn gegevens voor raadpleging door andere zorgverleners, zoals in de informatiebrochure beschreven.
- Nee, ik ga niet akkoord.

Naam:	
Adres: (Straat, Postcode, Woonplaats)	
Geboortedatum:	
Huisarts:	
Apotheek / Apotheken:	

Als u kinderen heeft tot 16 jaar die onder uw gezag staan kunt u onderstaand invullen voor zover gewenst en van toepassing.

- Voor mijn kinderen tot 16 jaar geef ik hierbij toestemming voor het beschikbaar stellen van hen betreffende gegevens voor raadpleging door andere zorgverleners, op de wijze als in de informatiebrochure beschreven.

De kinderen waarvoor ik de toestemming verleen zijn:

Naam:	
Geboortedatum:	
Naam:	
Geboortedatum:	
Naam:	
Geboortedatum:	
Naam:	
Geboortedatum:	

Kinderen tussen 12 en 16 jaar vullen ook een eigen formulier in, overeenkomstig de wettelijke eisen. Zowel de toestemming van uw kind als van u is dan nodig. Kinderen vanaf 16 jaar vullen alleen een eigen formulier in.

Datum en Plaats:	
Handtekening:	