

INSCHRIJFFORMULIER NIEUWE PATIËNT(EN) HUISARTSENPRAKTIJK GROENKAMP

M. van de Ven, B. Wemmenhove, S. Dirksz, N. Feenstra, A. Andringa, R. van Berkel

Groenkamp 1, 9285 SZ Buitenpost tel 0511-541203

website:www.huisartsengroenkamp.nl

Gegevens nieuwe patiënt *doorhalen wat niet van toepassing is:

Naam: Voorletters: Voornaam:

Geboortedatum: M/V*

Straatnaam: Huisnr:.....

Postcode: Plaats:

Telefoonnummer: Mobiel telefoonnummer: 06-

Burgerservicenummer (BSN)

Emailadres:

Zorgverzekering: polisnummer:.....

Burgerlijke staat:

Beroep:.....

Thuiswonende kinderen: (Kinderen vanaf 16 jaar moeten een eigen inschrijfformulier invullen).

Naam: geb.datum:

BSN: Naam en polis nummer zorgverzekering:

Naam: geb.datum:

BSN: Naam en polis nummer zorgverzekering:

Naam: geb.datum:

BSN: Naam en polis nummer zorgverzekering:

Naam: geb.datum:

BSN: Naam en polis nummer zorgverzekering:

ZOZ

Bent u bekend met een (chronische) ziekte? Suikerziekte ja / nee * Hoge Bloeddruk ja / nee* Hart- en of vaatziekte ja / nee * Astma / COPD ja / nee * Nierziekte ja / nee *

Bent u bekend met andere ziektes en/of wordt u momenteel nog door een specialist of GGZ instelling behandeld? Ja / nee

.....

.....

Gebruikt u medicijnen? Ja / nee * Zo ja, welke? Kunt u een uitdraai van de apotheek meenemen?

.....

.....

.....

Heeft u allergieën? Ja / nee * (bijvoorbeeld: hooikoorts, pleisters, antibiotica etc.) Zo ja, welke?

.....

.....

Geeft U toestemming voor het Landelijk Schakel Punt (LSP) zodat uw medische gegevens door andere zorgverleners kunnen worden uitgewisseld? Ja / Nee *

Voor meer informatie: <https://www.volggezorg.nl> Toestemming opvragen medische gegevens

Hierbij bevestig ik mijn inschrijving bij huisartsenpraktijk Groenkamp en geef ik toestemming voor het op vragen van mijn medisch dossier bij mijn vorige huisarts.

VORIGE HUISARTS: Naam.....

Adres:..... Postcode

.....Woonplaats..... Telefoonnummer:

.....

Datum:

Handtekening: