Huisartsenpraktijk Colijnsplaat

dr. M. de Pagter

***Inschrijfformulier vaste patiënten.***

( ***personen > 18 jr een eigen formulier invullen***

Doorhalen wat niet van toepassingen is)

Voorletters en achternaam : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Meisjesnaam: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Roepnaam ( indien gewenst te gebruiken) :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_

BSN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geslacht: Man/ Vrouw\*

Adres: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nr\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Postcode: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Woonplaats: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefoon Thuis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mobiel : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mailadres: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Identiteitsbewijs: Paspoort/ Rijbewijs / Identiteitskaart\*

Nummer ID bewijs: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Burgerlijke staat: Gehuwd/ Ongehuwd/ Samenwonend/ Gescheiden/

Weduwe / Weduwnaar\*

Partner van: Geb datum: - -

Heeft u kinderen: nee

**j**a, thuiswonend **( tabel invullen )**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Voorletter |  |  |  |
| Roepnaam |  |  |  |
| Achternaam |  |  |  |
| Geboortedatum |  |  |  |
| BSN- nummer |  |  |  |
| Polisnummer |  |  |  |
| ID-bewijs |  |  |  |
| Nummer ID- bewijs |  |  |  |

**In geval van echtscheiding moet(en) de gezaghebbende ouder(s)/voogd hieronder tekenen voor toestemming voor overdracht van het medisch dossier.**

Huisartsenpraktijk Colijnsplaat

dr. M. de Pagter

Medische voorgeschiedenis

* Heeft u ooit een allergie gehad voor medicijnen of anders?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Bent u onder behandeling van een specialist, nu of geweest? Zo ja, in welk ziekenhuis, naam specialist en waarvoor? Bent bekend met chronische ziekte waarvoor u medicatie gebruikt?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gebruikt u medicijnen: Ja/nee.

Wenst u gebruikt te maken van de Herhaalservice? Ja/ Nee

Allergieën voor medicijnen? ja/nee zo ja, voor welke: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Heeft u:

Suikerziekte ja/nee\* sinds \_\_\_\_ (jaar) Hoofdbehandelaar huisarts/specialist\*

Hart- of vaatziekte ja/nee\* sinds \_\_\_\_ (jaar)  Hoofdbehandelaar huisarts/specialist\*

Hoge bloeddruk ja/nee\* sinds \_\_\_\_ (jaar) Hoofdbehandelaar huisarts/specialist\*

Astma/COPD ja/nee sinds \_\_\_\_ (jaar) Hoofdbehandelaar huisarts/specialist?\*

Rookt u? ja/nee

Familiaire aandoeningen? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bent u bekend met een oproepdienst ( jaarlijks bloedprikken? ) Ja / Nee

Krijg u een Jaarlijkse Griepvaccinatie? Ja / nee

Wilt u zich aanmelden LSP? ja/ Nee (**bijlage VZVZ invullen of downloaden via onze website)**

Wilt u aangemeld worden voor Mijngezondheid.net Ja/Nee  **(voor meer informatie zie onze website)**

**Graag uw vorige huisarts inlichten over uw verhuizing. Zo dat de overdracht van uw medisch dossier kan plaatsvinden.**

Huisartsenpraktijk Colijnsplaat

dr. M. de Pagter

Naam zorgverzekeraar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Polisnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vorige Huisarts: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Postcode: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_Woonplaats: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vorige Apotheek:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Postcode:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Woonplaats:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum inschrijving : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Plaats : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Handtekening: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Aangenomen en gecontroleerd door: |  |
| Datum: |  |
| Ingescand: |  |

**Inschrijfformulier januari 2024**