

Inschrijfformulier

Straat	Huisnr
--------	--------

Postcode	Woonplaats
----------	------------

Huistelefoon	Mobiel
--------------	--------

Emailadres

	Voornamen	Achternaam	Geb. datum	Geb. Plaats	M/V
1					
2					
3					
4					

	Identificatie Paspoort/Rijbewijs	BSN	Zorg Verzekeraar	Zorg Verz. Polisnummer	MGN ¹ J/N	LSP ² J/N
1						
2						
3						
4						

Vorige arts

Naam	
------	--

Plaats	
--------	--

Voorkeur huisarts

Ephraim(M), AGB020657

vd Schuit(V), AGB022134

Schneider(V), AGB026684

Handtekening	Datum
--------------	-------

¹ MijnGezondheid.Net: voor het maken van online afspraken, herhaalrecepten, inzage dossier

² Landelijk Schakel Punt: inzien van uw medische informatie door andere hulpverleners indien nodig

Inschrijfformulier - Medische Gegevens

Dit medische gedeelte van het inschrijfformulier per persoon invullen.

Geboortedatum	
Naam	

Uw samenvatting (denk aan operaties en chronische ziekten)

	<input type="checkbox"/>	Suikerziekte/Diabetes
	<input type="checkbox"/>	COPD/Longenfyseem
	<input type="checkbox"/>	Astma
	<input type="checkbox"/>	Roken ja/ooit/nee
	<input type="checkbox"/>	Hoge bloedruk
	<input type="checkbox"/>	Hart & Vaatziekten
	<input type="checkbox"/>	Chronische Stress

Uw huidige medicatie en dosering

--

Overige vragen

Bent u onder behandeling van specialist? Zo ja wie en waarvoor?	
Bent u overgevoelig voor bepaalde stoffen?	
Wat is uw geloofsovertuiging of levensvisie?	
Heeft u uw vorige arts geïnformeerd zodat het medische dossier binnenkort overgezet kan worden?	