

Huisartsenpraktijk Kamperland

dr. M. de Pagter

Inschrijfformulier vaste patiënten.

(personen > 18 jr een eigen formulier invullen

Doorhalen wat niet van toepassing is)

Voorletters en achternaam : _____

Meisjesnaam: _____

Roepnaam (indien gewenst te gebruiken) : _____

Geboortedatum: ____ - ____ - ____

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*

Heeft u kinderen: ☒ nee
☐ ja, thuiswonend (**tabel invullen**)

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

Huisartsenpraktijk Kamperland

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.

Graag bij uw apotheek een overzicht van uw medicatie (medicijnpaspoort) opvragen en meegeven bij het inleveren van dit formulier of toesturen naar apotheek@hakamperland.nl

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

Krijgt u een Jaarlijkse Griepvaccinatie?

Ja / nee

Wilt u zich aanmelden LSP?

ja/ Nee (**bijlage VZVZ invullen of downloaden**

onze website

Wilt u aangemeld worden voor Mijngezondheid.net

Ja/Nee

voor meer informatie zie onze website)

Indien u wenst kan er een kennismakingsgesprek ingepland worden, geeft dit aan bij de assistente.

Tevens uw vorige huisarts inlichten, dat wij u nu gaan inschrijven zodat de overdracht van uw medisch dossier kan plaatsvinden.

Huisartsenpraktijk Kamperland

dr. M. de Pagter

Naam zorgverzekeraar: _____ Polisnummer: _____

Burger Servicenummer: _____

Vorige Huisarts: _____

Adres: _____

Postcode: _____ Woonplaats: _____

Vorige Apotheek: _____

Adres: _____

Postcode: _____ Woonplaats: _____

Datum inschrijving : _____ Plaats : _____

Handtekening: _____

Aangenomen en gecontroleerd door:	
Datum:	
Ingescand:	