

Welkom bij Huisartsenpraktijk De Brinck!

U wilt zich laten inschrijven in Huisartsenpraktijk De Brinck. We verwelkomen u graag als nieuwe patiënt. Niet alleen als u ziek bent of medische klachten heeft, maar ook om u preventief gezonder te laten leven.

Voor uw inschrijving vragen we u om enkele basisgegevens over uzelf en uw gezondheid aan ons door te geven. Wilt u daarom dit inschrijfformulier compleet invullen? Die informatie kan ons van pas komen als u een afspraak heeft met een van onze huisartsen, onze doktersassistenten of onze praktijkondersteuner.

U kunt dit formulier inleveren bij de balie van onze huisartsenpraktijk. Neemt u dan meteen kopieën mee van een identiteitsbewijs en uw zorgpasje? Dan zorgen wij ervoor dat u meteen ingeschreven wordt.

Tot ziens bij Huisartsenpraktijk De Brinck!

Inschrijfformulier Huisartsenpraktijk de Brinck - Persoonsgegevens

Voorletters	<input type="text"/>	Geslacht	<input type="radio"/> Man	<input type="radio"/> Vrouw
Voornaam	<input type="text"/>			
Achternaam	<input type="text"/>			
Meisjesnaam	<input type="text"/>			
Geboortedatum	<input type="text"/>			
Burgerlijke staat	<input type="text"/>			
Adres	<input type="text"/>			
Postcode	<input type="text"/>	Woonplaats	<input type="text"/>	
Telefoonnummer	<input type="text"/>	Mobiel	<input type="text"/>	
E-mail adres	<input type="text"/>			

Ziektekostenverzekeraar

Polisnummer

BSN nummer

Identiteitsbewijs

Nummer identiteitsbewijs

Naam vorige huisarts

Adres vorige huisarts

Postcode

Plaats



Rookt u? Ja Nee

Zo ja, hoeveel?

Bent u bekend met de volgende aandoeningen?

Suikerziekte? Ja Nee

Zo ja, gebruikt u
medicijnen en welke?

Hart- en vaatziekten? Ja Nee

Zo ja, gebruikt u
medicijnen en welke?

Hoge bloeddruk? Ja Nee

Zo ja, gebruikt u
medicijnen en welke?

Longziekten (astma / COPD)? Ja Nee

Zo ja, gebruikt u
medicijnen en welke?

Allergieën? Ja Nee

Zo ja, welke?

Bent u allergisch voor
bepaalde medicatie? Ja Nee

Zo ja, welke?

Bent u allergisch voor
jodium? Ja Nee

Bent u allergisch voor
pleister? Ja Nee

Komt u in aanmerking
voor de griepvaccinatie? Ja Nee

Komen er in uw familie
erfelijke aandoeningen voor? Ja Nee

Zo ja, welke?

Gebruikt u medicijnen? Ja Nee

Zo ja, welke?

Zijn er nog andere belangrijke zaken uit uw medische voorgeschiedenis die voor ons van belang kunnen zijn?

Dank u wel voor uw medewerking!

Datum

Handtekening

Ondergetekende:

Naam Dhr./Mw.

Adres

Postcode

Woonplaats

Tel

Geboortedatum

BSN

E-mail adres

Zorgverzekeraar

Verzekernr.

Verklaart hierbij dat hij/zij als patiënt is ingeschreven bij onderstaande huisarts en geeft toestemming tot overdracht medische gegevens oude huisarts.

Gegevens nieuwe huisarts: Huisartsenpraktijk de Brinck, V.J. Kip, huisarts
AGB-code zorgverlener: 01025107
AGB-code praktijk: 01052820

Daarnaast verklaart hij/zij zich bij de vorige huisarts af te melden en deze te verzoeken de medische gegevens aan de nieuwe huisarts over te dragen.

Gegevens vorige huisarts:

Huisartspraktijk

Adres

Postcode en plaats

Tel

Fax

Plaats

Datum

Handtekening

Print document