

Inschrijfformulier Huisartsenpraktijk Verwielstraat

*Wij zijn verplicht uw identiteitsbewijs te controleren als u zich inschrijft bij onze praktijk.
Neem een geldig identiteitsbewijs mee als u dit formulier komt inleveren.*

Achternaam

Voorletter/s Roepnaam

Geboortedatum BSN

Adres

Postcode Woonplaats

Telefoonnummer Mobiel

Emailadres

Contactpersoon

Telefoonnummer

Woont u samen of gaat u samenwonen met iemand die al patiënt bij ons is? Ja / Nee

Zo ja, wat is de naam en geboortedatum van deze persoon?

.....

Apotheek van uw keuze

- Apotheek De Langstraat (Burgemeester Verwielstraat 2G – Waalwijk)
- Apotheek Olympia (De Coubertinlaan 10c – Waalwijk)
- Apotheek De Ducdalf (Blyde Incomstelaan 9 – Waalwijk)
- Apotheek Driessen (Koetshuislaan 603 – Waalwijk)

Gaat u ermee akkoord dat uw medische gegevens ingezien kunnen worden door de dokter op de huisartsenspoedpost en de medicatie door uw apotheker? Ja / Nee

Hierbij machtig ik Huisartsenpraktijk Verwielstraat mijn medische gegevens op te vragen bij mijn vorige huisarts. Handtekening

Naam vorige huisartsenpraktijk

Adres..... Woonplaats

Medische voorgeschiedenis

Bent u bekend met een van onderstaande aandoeningen?

- Diabetes Mellitus / Suikerziekte Epilepsie
 Hypertensie / Hoge bloeddruk Hart en/of vaatziekte
 Longziekte (COPD / Astma / Chronische bronchitis / TBC)
 Anders, namelijk

Bent u onder behandeling van een specialist? Ja / Nee

Zo ja, waarvoor en welke

Heeft u wel eens een operatie ondergaan? Ja / Nee

Zo ja, wanneer en welke

Bent u bekend met een allergie? Ja / Nee

Zo ja, waarvoor

Gebruikt u medicijnen? Ja / Nee

Gelieve hieronder in te vullen.

Naam geneesmiddel:	Sterkte:	Dosering:
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		